

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)
Министерства здравоохранения РФ

На правах рукописи

СМИРНОВА ЕЛЕНА АЛЕКСЕЕВНА

**СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА МЕДИЦИНСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ
(по материалам Вологодской области)**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Светличная Татьяна Геннадьевна

АРХАНГЕЛЬСК - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАКТИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (обзор литературы)	18
1.1 Теоретико-концептуальные подходы к изучению феномена социальной практики.....	18
1.2 Отечественный опыт оказания психиатрической помощи населению	34
ГЛАВА 2 МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ПОЛЕ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ.....	43
2.1 Характеристика территории исследования	43
2.2 Характеристика методики исследования	46
2.2.1 Методика изучения заболеваемости, распространенности, инвалидности и социальной обусловленности психических расстройств	46
2.2.2 Методика изучения медико-социального портрета потребителей психиатрических услуг и факторов, влияющих на их использование	48
2.2.3 Методика изучения среды потребления психиатрических услуг	49
ГЛАВА 3 ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ	51
3.1 Динамика психической заболеваемости, распространенности и инвалидности взрослого населения Вологодской области в 2000-2013 гг.	51
3.2. Анализ социальных факторов, обуславливающих возникновение и распространение психических расстройств	56
ГЛАВА 4 АНАЛИЗ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛУГ (в оценках психически больных и здоровых лиц).....	65
4.1 Характеристика социально-демографических факторов, определяющих нужды и потребности населения в психиатрической помощи	65
4.2 Анализ индивидуальных ресурсов, обеспечивающих доступ населения к психиатрической помощи	77
4.3 Сравнительная характеристика поведения, связанного со здоровьем, психически больных и здоровых лиц	88
ГЛАВА 5 ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛУГ	98
5.1 Анализ социально-профессиональных характеристик провайдеров психиатрических услуг	99
5.2 Удовлетворенность медицинским трудом в психиатрии и	

факторы, ее определяющие	113
5.3 Особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов психиатрических больниц.....	129
5.4 Факторы, влияющие на изменение потребительского поведения в психиатрии.....	141
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	145
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	152
ПРИЛОЖЕНИЯ	175

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Глобальный характер распространения эпидемии психосоциальных и психических расстройств признан экспертами Всемирной организации здравоохранения по охране психического здоровья в 2005 г. проблемой, представляющей одну из важнейших угроз здоровью и благополучию жителей Европейского региона. Общемировые тенденции отразились и на психическом здоровье россиян, состояние которого усугубила сложившаяся в последние годы в стране неблагоприятная социально-экономическая обстановка [28]. Усиление социальной незащищенности, увеличение безработицы, распространение этнических конфликтов, рост внутренней и внешней миграции стали основными причинами повышения уровня заболеваемости психическими расстройствами населения страны [49]. Примерно 6-7 лет жизни россиян отбирают нерешенные и непонятые до конца проблемы психического здоровья в связи с высокой распространенностью (40%) не диагностированных психических расстройств [104]. В структуре психической заболеваемости самым массовыми недугами стали депрессии, фобии и зависимости. В настоящее время депрессиям подвержены 15% населения планеты, а к 2020 г. они займут второе место в рейтинге основных опасностей для здоровья населения [56]. В результате заболевания, обусловленные тяжелой физической работой, отступили на задний план.

Эффективное управление общественным здоровьем в новых социальных условиях требует учета разнообразной информации, основанной на оценках непосредственных участников лечебно–диагностического процесса: медицинских работников и пациентов. Последнее обстоятельство обуславливает необходимость изучения социальных, этических и культурных проблем, связанных с определением социальной этиологии психических болезней. Их медико–социологический анализ позволяет не только понять, каким образом социальный контекст влияет на течение болезни, но и оптимизировать социологию групповой психиатрии для

повышения эффективности профилактики и лечения психических заболеваний [100].

В условиях интенсивного развития либеральной психиатрии в нашей стране существенно возрастает значимость социализирующих практик в поддержании и восстановлении психического здоровья граждан, успешная реализация которых требует их высокой социальной и медицинской активности.

Степень разработанности проблемы. Научные направления изучения социальных практик здравоохранения носят междисциплинарный характер и представлены теоретическими (А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Н.Н. Седова, И.В. Фирсова, В.В. Деларю, А.Д. Доника, Е.В. Приз) и эмпирическими (Н.С. Алпатова, Н.Н. Богачанская, А.А. Горбунов, О.А. Жукова, И.И. Замятина, У.С. Москвитина, Е.В. Засыпкина, М.О. Гребенюк, В.О. Гурова, Т.Г. Ефремова, В.И. Толкунов, Д.А. Нецепляев, С.А. Катаниди, А.В. Карпович, Т.А. Хадикова, И.Е. Рева, О.В. Фурсик, Н.Н. Королев, Т.А. Антонова, М.Н. Подольская) исследованиями в социогуманитарных и медицинских науках. Результаты компаративного анализа методологических оснований к изучению феномена социальной практики свидетельствуют о глубокой теоретической разработанности проблемы и наличии хорошо сформированного терминологического аппарата (И.В. Глушко, Н.Л. Антонова, В.И. Добренков, А.И. Кравченко, Т.И. Заславская, М.А. Шабанова, А.А. Дьяков, С.Г. Кирдина, В.В. Давыдов, Ю.В. Громыко, Б.В. Поршневу). Общеизвестным является научное представление о социальной практике как совокупности действий индивидов, человеческих общностей и организаций, направленных на обеспечение устойчивого функционирования социальных институтов и общества в целом (М. Вебер, Т. Парсонс, П. Бурдьё, Э. Гидденс, А. Мслоу, З. Фрейд, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, Л. Колберг, Ч. Х. Кули, Дж. Г. Мид, Р. Мертон). Главным условием развития социальных практик является институционализация.

Изучение системы здравоохранения как социального института, представленного совокупностью социальных практик, получило свое развитие на Западе лишь в середине XX века. В России данная проблема выдвинулась в центр медико-социологических исследований только в конце XX – начале XXI века, благодаря работам А.В. Решетникова, С.А. Ефименко, Н.Н. Седовой. В результате комплексное изучение форм и методов социальных практик отечественного здравоохранения с позиций широкого социального контекста сегодня находится на начальном этапе становления собственных научных традиций.

Исследованию различных аспектов условий и порядка медицинского сопровождения пациентов психиатрических учреждений посвящены многочисленные работы отечественных ученых, целью которых является повышение эффективности проводимых в психиатрии реабилитационных мероприятий. В процессе ее достижения большое научное и практическое внимание уделяется биологическим, психологическим и социальным факторам, оказывающим влияние на формирование психического здоровья. Соответствующая объектная и предметная направленность исследований положена в основу работ И.Я. Гурович, М.М. Кабанова, Е.Б. Любова, А.Б. Шмуклера. Много исследований отечественных авторов посвящено изучению медико–социальных проблем психического здоровья и реабилитации в психиатрии. К их числу относятся работы М.Е. Бурно, Б.Д. Корвасарского, Э.Г. Эйдемиллера, Ю.А. Александровского, Е.Б. Любова, Т.Б. Дмитриевой, М.М. Кабанова, А.П. Коцюбинского, Е.Д. Красика, В.Н. Краснова, А.А. Бессоновой, А.С. Иговской, И.Ю. Калмыковой. Развитием социально-трудовой реабилитации психически больных занимались Б.Б. Малахов, О.С. Кирюничева, М.М. Кабанов, В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Е.Д. Красик, Д.Е. Мелехов, А.Б. Любов.

Изучению социальных настроений потребителей медицинских услуг и особенностей их отношений с системой здравоохранения посвящены работы А.В. Решетникова, С.А. Ефименко, Н.Н. Седовой, Т.Г. Светличной.

Целью исследования является научное обоснование и разработка предложений по совершенствованию социальной практики медицинского сопровождения лиц с нарушениями психического здоровья на основании результатов комплексного медико–социологического исследования (по материалам Вологодской области).

Для достижения поставленной цели предполагалось необходимым решение следующих **научных задач**:

1. Изучить феномен социальной практики с позиций иностранных и отечественных теоретико-концептуальных подходов и используемого терминологического аппарата для применения в медико-социологических исследованиях здоровья и здравоохранения.

2. По данным официальной статистики дать характеристику психического здоровья взрослого населения Вологодской области (состояние и тенденции, структуру причин общей и первичной заболеваемости, инвалидности) в динамике с 2000 г. по 2013 г.

3. Дать сравнительную характеристику персональных ресурсов и поведенческих паттернов психически больных и здоровых лиц в процессе использования психиатрических услуг.

4. Провести анализ социально-профессиональных характеристик провайдеров психиатрических услуг, изучить удовлетворенность медицинским трудом и факторы, ее определяющие, а также особенности медицинского взаимодействия в психиатрии.

5. На основании обобщения полученных данных определить факторы, влияющие на изменение потребительского поведения в психиатрии и разработать модель медицинского поведения лиц с нарушениями психического здоровья.

Предметом исследования явилась социальная практика медицинского сопровождения лиц с нарушениями психического здоровья.

Объектом исследования послужили потребители психиатрических услуг: психически больные (368 человек) и здоровые (399 человек) лица,

медицинские работники: врачи (131) и медицинские сестры (262), всего 393 человека.

Гипотеза исследования. В условиях современного образа жизни и состояния среды, в которой осуществляется жизнедеятельность российского общества, особую выраженность приобретают негативные тенденции в психическом здоровье отдельных индивидов, семей и социальных групп. Они выражаются в росте показателей первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами, распространении химической и субстанциональной зависимости, сохранении высокой суицидальной активности и т.д.

Формирование психического здоровья происходит под влиянием множества биологических, психологических и социальных факторов. Необходимыми предпосылками его сохранения являются благополучная семья и здоровый образ жизни. Однако в условиях экономического и социального расслоения общества возможности людей по сохранению здоровья и семейного благополучия существенно сужаются. Бедность, безработица, неустойчивая трудовая занятость создают «порочный круг», постоянно воспроизводящий условия для возникновения отклонений сначала в социальном, а затем и в психическом здоровье индивидов. Распространение деструктивных паттернов поведения и низкая медицинская активность являются дополнительными факторами, препятствующими восстановлению нарушенного психического здоровья. Их негативное воздействие существенно усиливается в условиях неэффективного эмоционального и когнитивного взаимодействия пациентов с медицинским персоналом психиатрических учреждений. Поэтому велика роль агентов социализации в заботе о психически не здоровых гражданах. Деятельность этих агентов включает как социальное обеспечение, связанное с деятельностью социальных работников, так и медицинское сопровождение, под которым мы понимаем участие профессиональных медиков в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации лиц с нарушением психического здоровья.

Научная новизна исследования: Впервые проведено комплексное компаративное изучение социальной практики медицинского сопровождения лиц с нарушениями психического здоровья с дескрипцией социальной обусловленности состояния и тенденций, структуры причин общей и первичной заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств взрослого населения Вологодской области в динамике с 2000 г. по 2013 г.

На основании компарации персональных данных психически больных и здоровых лиц эксплицированы неудовлетворительные параметры качества статусных характеристик психически больных и значимость влияния статуса родительской семьи и наследственного статуса на формирование психического здоровья; выделены институциональные характеристики групп риска развития психических нарушений. Дана дефиниция дисфункциональным факторам образа жизни и медицинского поведения психически больных.

Проведена дескрипция основных переменных среды потребления психиатрических услуг: 1) персональных характеристик провайдеров, 2) детерминант удовлетворенности медицинским трудом и 3) параметров взаимодействия медицинских работников с пациентами; обоснован институциональный характер неудовлетворенности трудом профессионалов-медиков в психиатрии.

Разработана модель медицинского поведения психически больных и выделены факторы, детерминирующие его изменение.

Предложены мероприятия по предупреждению нарушений психического здоровья и повышению эффективности медицинского взаимодействия в психиатрии.

Положения, выносимые на защиту:

1. За последние годы (2000-2013 гг.) психическое здоровье населения Вологодской области существенно ухудшилось. В этот период наблюдается особенно неуклонный рост первичной (на 31,2%) (с 295,4 до 387,7 на 100000

населения) и общей (на 35,1%) (с 2185,7 до 2953,7 на 100000 населения) заболеваемости. В структуре впервые выявленных психических нарушений преобладают (77,4%) расстройства непсихотического характера. И хотя смертность от суицидов в области имеет тенденцию к снижению (с 56,2 в 2000 г. до 24,2 в 2011 г. в расчете на 100000 населения), она продолжает превышать предельно допустимые уровни, установленные ВОЗ.

2. Качество статусных характеристик психически больных является неудовлетворительным. Из общей совокупности параметров predisпозиции на формирование психического здоровья значимое влияние оказывает статус родительской семьи и наследственный статус. Группами риска развития психических нарушений являются дети с отягощенным семейным анамнезом, из неполных семей, воспитываемые одним из родителей или другими родственниками. Индивидуальные ресурсы психически больных, обеспечивающие доступ к психиатрическим услугам, являются ограниченными. Распространенность абсолютной бедности у них в 4,5 раза выше по сравнению со здоровыми (29,3% против 6,5%). Доходы подавляющего большинства (79,9%) психически больных в течение последнего года имели отрицательную динамику (у здоровых – 16,8%). Среди них выше доля безработных (8,4% против 2,3%) из-за снижения квалификации (36,4% против 6,8%) и частой (более 2-х раз в год) смены места работы (33,4% против 6,8%).

3. Психически больные ведут нерациональный образ жизни: некачественно питаются (86,7%), физически неактивны (13,3%) и подвержены созависимому поведению: табакокурению (88,1%) и систематическому употреблению алкоголя (16,8%). Их медицинская активность является низкой: многие (57,3%) не хотят нести ответственность за свое здоровье; несвоевременно обращаются за медицинской помощью (60,1%) и не выполняют врачебных назначений (38,6%).

4. Провайдеры психиатрических услуг являются физически, психически благополучными людьми и могут служить модельной в

отношении здоровья социально-профессиональной группой. Воспринимаемый статус здоровья у них является хорошим (28,8%) и удовлетворительным (65,4%). Лишь у 41,0% имеются благоприятно протекающие хронические заболевания. Они ведут здоровый образ жизни: качественно питаются (73,5%), физически активны (89,3%); реже подвержены табакокурению (32,6%) и разумно употребляют алкоголь (55,5%).

5. Условиями работы довольны лишь 40,2% провайдеров психиатрических услуг. Основными причинами неудовлетворенности является низкая оплата труда (63,4%) и неэффективная система материального стимулирования (30,3%), увеличивающая шансы быть недовольными условиями труда в 1,6 раза. Не менее значимый вклад в неудовлетворенность трудом вносят недостаточные государственные социальные гарантии (40,0%). Они увеличивают шанс неудовлетворенности работой в 2,2 раза.

6. На медицинское поведение психически больных непосредственное влияние оказывает расстройство их психической деятельности и снижение критики к своему поведению. Нежелание принимать лекарственные препараты увеличивает формирование нон-комплаенса в 43,6 раза, неверие в возможность выздоровления – в 31,4 раза, непонимание методов лечения – в 27,1 раза, несогласие с методами лечения – в 9,2 раза. Малый размер и отрицательная динамика получаемых доходов увеличивают шанс формирования нон-комплаенса в 41,3 раза, а дополнительные психо-эмоциональные и физические нагрузки в связи с воспитанием в семье нескольких детей - в 6,9 раз.

Методологическая база исследования. Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины. Методологической базой исследования выступили концептуальные исследования А.В. Решетникова, С.А. Ефименко, В.И. Петрова, Н.Н. Седовой в области социологии медицины и Ю.П. Лисицина, В.А. Медик в области общественного здоровья и

здравоохранения. Использование методологии социологии медицины позволило применить комплексный интегративный подход к изучению медико-социального поведения лиц с нарушениями психического здоровья, а также факторов образа жизни, влияющих на его изменение.

Высокая социальная значимость темы исследования обусловила необходимость применения широкого круга научных методов: аналитического, исторического, социологического, статистического и др. В работе использованы общенаучные методы познания (системный подход, принципы исторического, компаративного и структурно–функционального анализа), а также конкретные методы социологии медицины (анкетирование), медицинской статистики, общественного здоровья и здравоохранения.

Эмпирическая база исследования. Для проведения настоящего исследования была разработана программа, позволяющая изучить медико-социальный портрет потребителей психиатрической помощи, среду потребления медицинских услуг и факторы, влияющие на изменение медицинского поведения (Приложение 1).

Для достижения цели и решения поставленных в работе задач была использована методика комплексного медико-социологического исследования с применением следующих методов: сравнительно-исторического анализа, социологического опроса (анкетирование), анализа учетно-отчетной документации, статистических методов.

Анкетирование потребителей психиатрических услуг и медицинских работников проводилось анонимно с апреля 2012г. по март 2013г. на базе БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1», БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница». Исследовалось мнение взрослых потребителей психиатрических услуг, достигших 18 лет. Качественная репрезентативность выборки обеспечена соблюдением пропорций в половозрастной структуре взрослого населения области.

Основным критерием включения в исследование явился достаточный уровень интеллекта (IQ общ. по Векслеру не менее 70).

Для определения необходимого количества обследуемых была использована специальная математическая формула:

$$n = t^2 pq / \Delta^2,$$

где: n – необходимое число наблюдений, t – критерий Стьюдента, p – доля объектов, обладающих признаком, q – доля объектов, не обладающих признаком, k – числу объектов во всей совокупности, Δ – доверительный интервал.

Для проведения медико-социологических исследований требуется доверительная вероятность, равная 0,95, что обеспечивает достоверность результатов в 95% случаев с предельной ошибкой $\pm 5\%$. Величина критерия Стьюдента, соответствующая такой доверительной вероятности, равна 2. Нами использовалось максимально возможное значение $pq = 0,5 \times 0,5 = 0,25$.

Таким образом, $n = 2^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,05^2 = 400$.

Количество наблюдений, равное 400 при $t = 2$ соответствует исследованиям повышенной точности. Расчетная численность выборочной совокупности составила 400 человек для каждой группы обследуемых: психически больных, здоровых и медицинских работников.

После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов статистической карты в исследование было включено 368 анкет психически больных (основная группа), 399 анкет психически здоровых (группа сравнения) и 393 анкеты медицинских работников.

В основную группу были включены 368 пациентов, из них 38,4% лечились в стационарных и 61,6% - в амбулаторных условиях. Данное распределение соответствовало фактическому соотношению пациентов, пролеченных в стационарном и амбулаторном подразделениях психиатрической службы региона. По своему нозологическому составу обследованные психически больные соответствовали структуре заболеваемости психическими расстройствами взрослого населения

Вологодской области. Характеристика состава обследованных представлена в приложении 2.

Группу сравнения составили добровольно согласившиеся на участие в исследовании и заполнившие все пункты анкеты 399 психически здоровых граждан. Они обратились к психиатру для проведения психиатрического освидетельствования в связи с осуществлением деятельности, связанной с источником повышенной опасности (приобретением оружия, вождением транспортных средств). Качественная репрезентативность группы сравнения обеспечена соблюдением пропорций половозрастной структуры взрослого населения региона.

При очном опросе анкеты заполнялись интервьюерами на основании ответов опрашиваемых, при заочном - самостоятельно самими респондентами. Коэффициент респондентности не превысил 5%. Отказ от участия в исследовании потребители психиатрических услуг объясняли плохим самочувствием и/или отсутствием времени для участия в исследовании.

Группу провайдеров психиатрических услуг образовали врачи и медицинские сестры, работавшие на момент исследования в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница» и БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» (Приложение 3). Сплошным методом проанкетирован весь наличный состав медицинских работников. Всего было получено 393 анкеты (78,3% от общей численности медицинского персонала). Не смогли принять участие в исследовании медицинские работники, находившиеся в отпуске по уходу за ребенком, в очередном трудовом отпуске, временно нетрудоспособные. В статистической совокупности врачи составили 33,3%, медицинские сестры - 66,7%, или 1:2. Мы не выявили существенных различий между результатами анкетирования врачей психиатров и медицинских сестер стационарного и амбулаторного подразделений психиатрической службы, поэтому в дальнейшем изложении приводим объединенные данные.

Анкетирование проводилось лично автором диссертации, а также предварительно проинструктированными специалистами по социальной работе, являвшимися сотрудниками медицинских организаций, на базе которых проводилось данное медико-социологическое исследование.

Теоретическая и практическая значимость исследования Научная ценность исследования заключается в получении данных об отношении населения и медицинских работников к практике потребления психиатрических услуг, расширении представлений о социальном портрете типичного потребителя психиатрической помощи, социологического анализа факторов, влияющих на поддержание и восстановление психического здоровья взрослого населения. Результаты работы позволили выявить группы людей, наиболее подверженных риску развития психических заболеваний и нуждающихся в медицинских профилактических и социальных мероприятиях. Пересмотрен подход к пациенту как к пассивному объекту медицинского воздействия, выявлено, что он в процессе лечения обладает достаточно высокими степенями свободы.

Практическая значимость работы обусловлена возможностью использования результатов исследования для оптимизации оказания медицинской помощи психически больным и их семьям с использованием теоретических положений социологии медицины. Выделенные в работе институциональные факторы, влияющие на удовлетворенность трудом медицинских работников психиатрических больниц, могут быть использованы региональными органами управления здравоохранения для обоснования управленческих решений по совершенствованию условий и содержания труда.

Материалы диссертации используются в учебном процессе на до- и последипломном этапах профессиональной подготовки врачей, медицинских сестер с высшим образованием, специалистов по социальной работе.

Апробация работы Результаты исследования доложены на научно-практической конференции «Эволюция алкогольной зависимости в

современном обществе (метаморфозы алкогольной зависимости, метаалкогольных психозов, современные взгляды на лабораторные методы исследования и лечения)» (23 октября 2009 г., г. Нижневаторск), IV Архангельской международной медицинской научной конференции молодых ученых и студентов (к 300-летию со дня рождения М.В. Ломоносова) (25-28 апреля 2011 г., г. Архангельск); девятой всероссийской научно-технической конференции «Вузовская наука – региону» (25 февраля 2011 г., г. Вологда); Всероссийской научно-практической конференции «Череповецкие научные чтения – 2011» (1-2 ноября 2011 г., г. Череповец); Международной заочной научно-практической конференции «Наука сегодня: теоретические аспекты и практика применения» (28 октября 2011 г., г. Тамбов); Международной заочной научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки и образования: прошлое, настоящее, будущее» (29 марта 2012 г., г. Тамбов); Международной заочной научно-практической конференции «Наука и образование в жизни современного общества» (29 октября 2012 г., г. Тамбов); Научно-практической конференции «Арт-терапия в психиатрической практике» (29 ноября 2012 г., г. Москва); Международной заочной научно-практической конференции «Наука и образование в XXI веке» (30 сентября 2013 г., г. Тамбов); Всероссийской научной интернет-конференции с международным участием «Вопросы клинической психологии» (31 октября 2013 г., г. Казань); Международной научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (3-4 декабря 2013 г., г. Пермь); Региональном научно-практическом семинаре «Безопасность развития личности» (18 декабря 2013 г., г. Череповец); Международной заочной научно-практической конференции «Наука и образование в XXI веке» (30 декабря 2013 г., г. Москва); Заочной всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Качество жизни и здоровье населения» (20 марта 2014 г., г. Санкт-Петербург); VII Межрегиональной научно-практической конференции «Управление

социально-экономическими процессами региона» (25 апреля 2014 г., г. Архангельск); II всероссийской заочной научно-практической конференции «Актуальные проблемы обеспечения безопасности развития личности» (19 марта 2014 г., г. Череповец).

Структура и объем диссертации Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Работа изложена на 174 страницах машинописного текста, содержит 12 рисунков и 54 таблиц. Список литературы включает 211 наименований, из них 142 публикации отечественных и 59 иностранных авторов.

ГЛАВА 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАКТИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (обзор литературы)

1.1 Теоретико–концептуальные подходы к изучению феномена социальной практики

Понятие «социальная практика» является одной из базовых, основополагающих и наиболее часто используемых научных категорий в социологических, педагогических и психологических исследованиях. Современные ученые используют этот термин в качестве инструмента, позволяющего понять и раскрыть широкий спектр явлений и событий общественной жизни. В связи с широким использованием в последние годы данной категории для описания различных видов и направлений деятельности системы здравоохранения и с учетом многозначного толкования термина необходимо уточнение его понимания с учетом современных концепций объяснения социальной действительности.

Термин «практика» в переводе с греческого (*praktikos*) означает «действенный». В сочетании с прилагательным «социальная» его значение существенно усложняется. Наиболее исчерпывающее определение понятия «социальная практика», отражающее его сложный многоаспектный смысл, дано в социологическом словаре: 1) «совокупность принятых в культуре (традиционных) способов деятельности, навыков общения с различными предметами; 2) мышление или действие «по привычке», следование правилу, поведение, имеющее ритуальный характер; 3) частные социальные институты [116]. По определению И.В. Глушко, социальная практика представляет собой «вид практики, в ходе которой конкретно–исторический субъект, используя общественные институты, организации и учреждения, воздействуя на систему общественных отношений, изменяет общество и изменяется сам». Коротко И.В. Глушко определил социальную практику как «целеполагающую деятельность в обществе» [26].

К объектам социальной практики относятся способы жизнедеятельности людей, определяющие место социальных групп в обществе, их интересы и характер взаимодействия с другими социальными группами. С этих позиций развитие общества представляет собой изменение системы отношений между людьми, созданной их собственной деятельностью и выступающей ее регулятором [139]. Процесс реализации деятельного потенциала людей происходит во всех сферах общественной жизни. Его результатом являются социальные практики.

Одной из первых концепций социальной практики стала концепция социального действия М. Вебера [19]. Ученый определил социальное действие как «действие, которое по предполагаемому действующим лицом или действующими лицами смыслу относится с действием других людей и ориентируется на него». В роли субъектов социальных действий выступают индивиды и социальные группы. При этом субъект ориентируется на ожидания других субъектов, а также на их возможные ответные действия.

Идеи М. Вебера нашли свое дальнейшее развитие в концепции Т. Парсонса, изложенной им в работе «Структура социального действия» [88]. В ней автор выделил такие важные концепты, как актор, цель деятельности, социальная ситуация и нормативная система. По Т. Парсонсу, модель системы социального действия включает четыре подсистемы: социальную (интеграция действий индивидов), культурную (образцы действий, принципы выбора целей, ценностей), личностную (индивидуальные особенности актора) и органическую (взаимодействие актора со средой). Н.Л. Антонова, анализируя работы М. Вебера и Т. Парсонса, обратила внимание на тот факт, что ученые, раскрывая сущность и содержание социальных действия, одновременно обосновали необходимость их изучения как социальных практик [6].

Понятие социальной практики было подвергнуто дальнейшему, особенно тщательному анализу в работе П. Бурдьё «Практический смысл» [18]. Ученый предложил понимать под социальной практикой все то, что

социальный агент делает сам и с чем встречается в социальном мире. Это позволило ему прийти к выводу о том, что практика, с одной стороны, подвержена влиянию объективных структур, а с другой – сама оказывает трансформирующее воздействие на объективные структуры. И.В. Глушко [26], анализируя концепцию П. Бурдьё, придает особое значение введенному ученым в научный оборот понятию социально–культурных полей, являющихся закономерным следствием прогрессирующего разделения социальных практик. Основными характеристиками социально-культурных полей является автономия (или относительная независимость функционирования от внешних принуждений) и способность к рефракции, (или переопределение всех внешних воздействий в соответствии с собственной логикой) [18]. Для более глубокого понимания анализируемой проблемы П. Бурдьё дополнительно вводит ставшее в последующем широко известным научное понятие *habitus* (габитус). Ученый определяет его как систему диспозиций, «прочных приобретенных предрасположенностей», порождающих и структурирующих социальную практику агента и его представления [168]. Габитус производит индивидуальные и коллективные практики. Он также понимается как «социальный агент, реализующий в своей личной практике программу общества в зависимости от того положения, которое он в этом обществе занимает».

Позднее Э. Гидденс рассматривает социальную реальность как систему воспроизводящихся социальных практик. Его основные идеи нашли отражение в разработанной им теории структуриации. Согласно Э. Гидденсу, "не сотворенное никем в отдельности общество производится и воспроизводится чуть ли не с нуля участниками социального события. Производство общества – суть умелое конструирование, обеспечиваемое и реализуемое человеческими существами. Оно возможно лишь потому, что каждый член общества является практикующим социальным теоретиком, осуществляя всякого рода взаимодействия, он обычно обращается к своим знаниям и теориям; и именно использование этих практических ресурсов

есть условие осуществления взаимодействия вообще" [25]. В результате Э. Гидденс определил социальную жизнь как совокупность социальных практик, воспроизводство которых свидетельствует о ее стабильности.

Отечественные социологи при разработке концепции социальной практики основывались на двух диаметрально противоположных методологических подходах к пониманию ее сущности. В основе первого подхода лежит утверждение о том, что социальный институт представляет собой относительно устойчивый тип и форму социальной практики, посредством которой организуется общественная жизнь, обеспечивается устойчивость связей и отношений в социальной организации общества [103]. Эта идея нашла свое частичное отражение в труде В.И. Добренькова и А.И. Кравченко. По мнению ученых, «все социальные институты обычно подразделяются на главные (фундаментальные, основные) и неглавные (неосновные, частные). Внутри главных институтов находятся неглавные, которые называются социальными практиками» [37].

В основе второго подхода лежит противоположное мнение о том, что социальные практики, наоборот, есть формы функционирования социальных институтов. Так, согласно Т.И. Заславской «социальные практики представляют собой конкретные формы функционирования общественных институтов, общей же формой реализации каждого института служит совокупность соответствующих социальных практик. Институты, как всякая сущность глубже и устойчивее форм своей реализации, поэтому практики могут меняться, не затрагивая их сущности. Напротив, преобразование институтов неизбежно сопровождается изменением практик, причем последнее служит самым надежным критерием подлинных институциональных сдвигов» [47].

М.А. Шабанова продолжила разработку данной научной проблемы и раскрыла суть взаимосвязи между социальными институтами и социальными практиками. Она утверждает, в частности, о том, что «социальные институты соотносятся с социальными практиками как содержание с формой или

сущность с явлением. Институты, как всякие сущности, глубже и устойчивее своих форм. Практика, как форма, более конкретна» [132]. Автор предлагает разделять социальные практики на институционализированные и неинституционализированные. Первые составляют устойчивое ядро жизнедеятельности общества, отличаясь значимостью, массовостью, устойчивостью и традиционностью. Вторые, являясь менее распространенными, недостаточно освоенными практиками, или даже противоречащими принятым в обществе нормам, находятся на периферии общественной жизни и не инкорпорируются в социальные институты.

А.А. Дьяков, изучавший структуру социальной практики, выделил в ней внутреннюю и внешнюю стороны. Первую он назвал практикой, включающей духовные и волевые усилия личности и реализуемой в моральных действиях. Вторую - внешней практикой, представляющей собой инструментально-предметное отношение человека к миру и реализуемой в материально-предметной деятельности [41].

С.Г. Кирдина дополнила имеющийся терминологический аппарат понятием базовых социальных институтов. Их суть заключается в том, что они «позволяют обществу выживать и развиваться, сохраняя свою самодостаточность и целостность, в ходе исторической эволюции независимо от воли и желания конкретных исторических субъектов» [60]. Одновременно ею введено еще одно понятие «институциональные формы», которые «в отличие от базовых институтов, сохраняющих свое содержание, мобильны, пластичны, изменчивы. Они представляют собой конкретные установленные образцы, способы организации, в которых проявляется порядок взаимодействий социальных субъектов». Продолжая теоретическую разработку проблемы социальных практик, Н.Л. Антонова предложила рассматривать институциональные формы как социальные практики, являющиеся способами функционирования институтов, повторив уже известное положение о том, что «наряду с базовыми институтами в обществе имеются институты неосновные, частные, институциональные формы.

Однако эти образования есть не что иное, как социальные практики, основное назначение которых – реализация сущностных характеристик базовых социальных институтов» [6].

Среди отечественных педагогических научных школ, разрабатывающих теорию деятельности, наиболее известной является педагогическая школа Эльконина–Давыдова [36]. Ее основные положения заключаются в том, что «любая деятельность имеет в своем составе потребности и мотивы ее выполнения, а также задачи и действия, направленные на их решение». Действия включают ряд многообразных операций, а деятельность людей осуществляется в коллективной и индивидуальной формах. Содержание же деятельности человека раскрывается в процессе анализа таких взаимосвязанных ее особенностей, как «открытость, универсальность, сознание, целеполагание, носителем которых выступает коллективный и индивидуальный субъект».

Данные теоретические положения хорошо согласуются с современным пониманием социальных практик. Так, И.В. Глушко под социальной практикой понимает определенный вид человеческой деятельности. По мнению ученого «теория деятельности, с точки зрения ее использования в различных областях социальной практики, выступает как инструментальная система проектирования и программирования. Её суть заключается в создании конкретных проектов «на основе теоретического видения ближайшего шага развития практики» с одновременным построением особого типа теорий, выявляющих принципы создания подобных проектов». С позиций данного подхода механизм развития социальной практики представляет собой процесс ее проектирования, формирования схем, коммуникационных сетей [26].

Любая социальная практика или социальное действие предполагает наличие множества мотивов, организованных иерархически. Одной из первых теорий, объясняющих поступки человека, является теория мотивации А. Маслоу — теория иерархии потребностей (теория потребностей (need

theory) или теория иерархии (hierarchy theory)) [76]. Согласно данной теории, одним из главных мотивационных факторов человека является самоактуализация (от лат. *actualis* — действительный, настоящий). Она представляет собой стремление индивида к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. В соответствии с «пирамидой потребностей» по мере удовлетворения низлежащих потребностей все более актуальными становятся потребности более высокого уровня. Однако это не означает, что место предыдущей потребности занимает новая. Потребности не находятся в неразрывной последовательности и не имеют фиксированных положений. Такая закономерность является наиболее устойчивой. У разных людей взаимное расположение потребностей широко варьирует. Однако для любого человека наивысшей потребностью является самоактуализация. Она становится возможной лишь по отношению к обществу и неминуемо требует социализации, то есть вхождения человека в состав того или иного общества с получением неких прав при условии выполнения тех или иных обязанностей [62]. Поэтому социальную практику невозможно рассматривать отдельно от процесса социализации.

Социализация представляет собой процесс формирования личности, в ходе которого усваиваются умения, образцы поведения и установки, свойственные социальной роли индивида. Она не только связана с развитием личности, но и выработкой прогнозируемых социальных реакций и форм активности [59]. Это положение поддерживается и развивается психоаналитическими теориями, утверждающими, что паттерны взаимодействия, определяющие все дальнейшее поведение человека, закладываются еще в его детстве. В частности, согласно конфликтологической теории развития личности З. Фрейда социализация индивида осуществляется путем подавления его биологических потребностей, вступающих в противоречие с общественными ограничениями

[128]. Э. Эриксон социализацию личности связывал с преодолением кризисов [203].

Швейцарский психолог Ж. Пиаже предложил когнитивную теорию развития личности, согласно которой дети в своем развитии проходят четыре последовательных этапа, в процессе которых у них формируются познавательные навыки и умения [89]. Его учение нашло продолжение в трудах американского психолога Л. Колберга, который предложил шесть стадий нравственного развития личности [15]. Однако в отличие от Ж. Пиаже прохождение всех стадий является совсем необязательным: большинство людей достигают только третьей стадии, а некоторые индивиды навсегда остаются нравственно незрелыми.

Научное положение о том, что общество и человек в одинаковой степени влияют друг на друга, разрабатывали представители символического интеракционизма. С их точки зрения социализация представляет собой обратную сторону формируемой человеком социальной реальности. Наиболее известным представителем этого направления является Ч.Х. Кули, предложивший теорию «зеркального Я» [67]. Ее суть заключается в том, что в процессе интеракций с окружающим миром человек ориентируется на представления о себе в восприятии других людей, их реакции на себя и воздействие этих реакций на свое поведение. Дж.Г. Мид, другой известный представитель данного направления, выделил в развитии личности три стадии. Во-первых, это имитация, когда дети бессознательно копируют поведение взрослых, во-вторых – игра, когда дети осваивают ролевое поведение, примеряя на себя различные роли и, в-третьих, это коллективная игра, когда дети учатся не только индивидуальному поведению, но и рефлексивному взаимодействию с другими участниками группы [80].

Социализация может быть индивидуальной и общественной. Она реализуется в двух основных формах, выбор между которыми зависит от биологических и психологических особенностей человека. Первая форма проявляется в адаптации человека, его пассивном приспособлении к среде, в

которой он действует в соответствии с существующими требованиями, нормами и ценностями. Вторая форма проявляется в интеграции человека, его активном взаимодействии со средой, в результате которого не только среда влияет на личность, но и личность влияет на среду. Для общества социализация выступает в качестве механизма социального контроля, обеспечивающего целостность социума и противодействующего антиобщественному поведению. Объясняя действие «приспособления к среде», Б.В. Поршневу [92], в частности, пишет: «критерий различия нормы и патологии носит чисто общественно–исторический характер, так что иные явления, ныне относимые к психопатологии, еще в прошлые века нимало не считались болезнью, и наоборот, индивиды, сегодня признаваемые нами здоровыми, в прошлые века могли содержаться в заведениях для душевнобольных и преступников. Как именно мозг нормально функционирует – это определяет не природная среда, окружающая индивида, а человеческая, общественная среда».

В процессе социализации у индивида формируется собственный образ самого себя. Наибольшее влияние на процесс социализации оказывает форма коммуникации, принятая в семье. Именно семья обеспечивает вход индивида в другие социальные структуры. Неудачная первичная социализация способствует искажению представления индивида об окружающей действительности. В этом случае личность проходит процесс ресоциализации, усваивая новые представления, или выбирая асоциальное поведение [184]. Не менее важное значение в процессе социализации принадлежит классовым различиям [59]. Так, в семьях «среднего класса» преобладает ориентация на осмысление фактов, формирование ответственности (автономии), инициативы и свободомыслия, в семьях «низшего класса» - на подчинение внешнему авторитету и конформизм. При этом в первых семьях имитируется поведение отца, во вторых – поведение матери.

Социализация индивида сопровождается освоением им определенных социальных ролей. Под социальной ролью понимается поведение, ожидаемое от человека в соответствии с занимаемой им статусной позицией, а также совокупность требований, выдвигаемых по отношению к человеку, занимающему ту или иную социальную позицию [15]. Каждый человек на протяжении своей жизни выполняет множество социальных ролей. Некоторые из них реализуются последовательно (ребенок, школьник, студент, работник, пенсионер), другие - одновременно (муж, врач, сын). При этом свои ролевые функции человек исполняет по-разному. Это позволяет ему создавать различные варианты систем социального действия. При этом одни и те же условия «среды» порождают близкие по значению индивидуальные реакции на задачи, выдвигаемые социальной системой [62].

Т. Парсонс уточнил существовавшее научное представление о социализации. Ученый обосновал утверждение о том, что основной проблемой, связанной с отношениями между социальной системой и личностью является «усвоение, развитие и утверждение в ходе жизненного цикла адекватной мотивации участия в социально значимых и контролируемых образцах действия. Общество должно также использовать эти образцы, чтобы адекватно поощрять и вознаграждать своих членов, если оно желает воспроизводиться как система. Это отношение и есть «социализация», представляющая собой единый комплексный процесс, в рамках которого личность становится членом сообщества и поддерживает этот статус» [88].

Под социальным статусом (от лат. status — состояние, положение) понимается соотносительное положение (позиция) индивида или группы в социальной системе. Оно определяется рядом признаков, специфичных для данной системы (экономических, профессиональных, этнических и др.). Люди, имеющие один и тот же статус, обнаруживают ряд сходных личностных черт, обозначаемых как «социальный тип» личности. В зависимости от того, занимает ли человек данную позицию благодаря

наследуемым признакам (раса, социальное происхождение и т. п.) или благодаря собственным усилиям (образование, заслуги), различают «предписанный» и «достигаемый» статус. Каждый статус сравнивается с другими по тому или иному признаку, соотносимому с господствующей системой ценностей, и приобретает в результате социальный престиж [126]. Так, по М. Веберу [19], стратификация общества зависит не только от экономических (доступ к общественному богатству) и политических (власть, право), но и социальных (престиж) показателей. Ученый понимает статус как общность людей, основанную на специфическом стиле жизни, включающем набор привычек, ценностей, верований, представлений о чести и т.д. Статус тесно связан с социальной ролью. При этом статус обозначает совокупность прав и обязанностей, а роль — динамический аспект статуса, т.е. определенное поведение.

Согласно теории ролевых и статусных наборов Р. Мертон, индивиды, имеющие определенные статусы и взаимодействующие с другими индивидами, обладают разными ожиданиями из-за различий статусных позиций в социальной структуре. По Р. Мертону, ролевой набор представляет собой совокупность ролевых отношений личности, тесно связанный с ее социальным статусом, а набор статусов — это совокупность статусов, занимаемых личностью. При этом объединение статусов предполагает временный отказ от какой-либо определенной роли, а объединение ролей — более эффективное их исполнение. В теории ролевых и статусных наборов особое внимание обращается на наличие различий, несовместимости и даже конфликтов между ожиданиями людей, занимающих различные статусные позиции.

Процесс разделения общества на различные классы, социальные группы и слои, фундаментальные основы статуса являлись предметом исследования марксистско-ленинского учения о классах. В социалистическом обществе, где отсутствуют классы, наиболее существенными признаками статуса отдельных групп становятся профессия,

квалификация (образование) и, следовательно, заработная плата, а также семейно-возрастные и локально-территориальные различия. Согласно этой системе взглядов статус человека будет тем выше, чем больше его трудовые заслуги и усилия.

Наиболее «профессиональной» из всех областей человеческой деятельности является медицина [140]. Она имеет свои сообщества, свой кодекс морали (клятву Гиппократ), свои термины. При этом параметры должностного и профессионального статуса медицинских работников задаются жесткими рамками их трудового поведения.

В социологии медицины и, в частности, медицинских профессий важное место занимают исследования, посвященные изучению отношений, складывающихся между группами специалистов различной занятости и профессий, а также между медицинскими работниками и пациентами, в рамках одной социальной системы здравоохранения. Статус врача в системе здравоохранения определяется как личными (привлекательность, престиж), так и объективными (социальная значимость) оценками. А.В. Решетников определяет статус врача как соотносительное положение (позиция) врача, определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения. Социальный статус врача определяется официальной социальной позицией этой профессии (образование, официальная тарифная сетка, официальный престиж профессии). Эти характеристики выражаются в статистических показателях (кадровое обеспечение, стаж работы, квалификационная категория, заработная плата), демографических характеристиках (пол, возраст, семейное положение), стандартах результативности (количество пролеченных больных, нагрузка на одного врача, численность населения на участке), конечных результатах (количество расхождений диагнозов, врачебных ошибок, обоснованных жалоб). Однако

невозможно оценить с помощью статистических показателей личностные характеристики врача: его доброту, заботу, сострадание, милосердие [100].

А.В. Решетников для характеристики статуса врача рекомендует использовать 4 критерия:

- экономический - эффективность экономического стимулирования, структура текущих доходов, уровень и принципы оплаты труда, дополнительная работа и зарплата, стратегия повышения уровня зарплаты;
- профессионально–должностной - профессиональная карьера, успешность, трудовая мобильность, удовлетворенность квалификационно–должностным положением;
- социальный (престижность) - уровень оплаты труда, возможность переподготовки и повышения квалификации, место работы, опыт врачебной деятельности, мнение коллег–профессионалов, уровень образования, квалификация, коммуникации в системе здравоохранения и вне ее, доступность имущественных благ и привилегий, материальное вознаграждение, возможность решения бытовых проблем, возможности поддержания собственного здоровья и своевременная диагностика и лечение заболеваний;
- социально–психологический - адаптация в коллективе, профессиональный рост, объем получаемых доходов, оснащенность рабочего места, авторитет в глазах коллег и пациентов, отношения с коллегами, пациентами, с администрацией, опыт и стаж работы, количество наград и поощрений, дополнительное образование, дополнительная нагрузка, коммуникационные каналы.

Медицинская организация, как и любая другая, представляет собой структуру социально-статусных позиций, связанных с соответствующими социальными ролями. С.А. Ефименко изучала содержание организационной роли медицинских работников, обуславливающее высокое нервно–психическое напряжение медицинского труда. Ею дана характеристика ролевого конфликта, заключающегося в противоречии требований,

предъявляемых к личности, выполняющей организационную роль. К ним относятся, с одной стороны, ролевая неопределенность (неясности требований, которым должна удовлетворять деятельность личности), а с другой, ролевая перегрузка (чрезмерное требование к данной роли, превышающая возможности выполнения их личностью) [43].

Профессиональные роли и статус врачей изучали: Доника А.Д., 2010; Ефремова Т.Г., 2010; Толкунов В.И., 2010; Нецепляев Д.А., 2011; Катаниди С.А., 2011; Карпович А.В., 2011; Хадикова Т.А., 2011; Фурсик О.В., 2012; Антонова Т.А., 2013, медицинских сестер - Рева И.Е., 2011; Подольская М.Н., 2013. Профессиональную социализацию медицинских работников изучали Нецепляев Д.А., 2011; Королев Н.Н., 2012; формы аддиктивного поведения в профессиональной группе - Алпатова Н.С., 2009, теоретические разработки социальных проблем психиатрической практики в области социологии медицины - Решетников А.В., 2001, 2007; Седова, Н.Н., 2012; Деларю В.В., 2005, 2010, 2013.

Роль врача невозможно рассматривать в отрыве от роли больного, являющегося активным участником процесса медицинской помощи. Пациенты могут не следовать указаниям врача, заниматься самолечением, предъявлять необоснованные требования к медицинским работникам, вести нездоровый образ жизни. Такое поведение делает усилия медицинских работников неэффективными. Последнее обстоятельство обусловило появление интереса к изучению роли пациента как активного участника лечебно-диагностического процесса (Ефименко С.А., 2007; Фирсова И.В.; 2009, Седова Н.Н., Сергеева Н.В., 2010; Волобуев Е.В., 2011; Кудинова Н.А., 2014; Соломатиной Е.С., 2014).

В настоящее время у отечественных ученых сложилось единое представление о смысле, вкладываемом в понятие «пациент». С.И. Ожегов определяет пациента – как больного, лечащегося у врача. Подобное определение дается и в словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефронина: «пациент – это больной, пользующийся врачом». В.И. Покровский рассматривает пациента

как лицо, которому оказывают медицинскую помощь. В кратком социологическом словаре дается определение: «пациент – это больной, лечащийся у врача; лицо, обратившееся за медицинской помощью или находящееся под наблюдением медицинских работников». Н.Ф. Герасименко расширяет это понятие до лица, обратившегося за медицинской помощью, получающего медицинскую помощь и связанные с ней услуги независимо от наличия или отсутствия у него заболевания. Роль пациента неразрывно связана с ролью больного. С.А. Ефименко определяет пациента как социально–мотивированного субъекта, являющегося активной деятельной реальной личностью, носителем и выразителем определенных интересов, социальных ориентаций, человеческих потребностей и стремлений.

Согласно теории Т. Парсонса, человек в роли больного подчиняется режиму, предписанному компетентным врачом. Врачи являются главными лицами в процессе легитимации больного, т.к. обладают определенной профессиональной властью. Необходимым условием эффективности медицинского взаимодействия является установления доверительных отношений между врачом и пациентом, основой которых являются взаимопонимание и согласие. Пониманию личности пациента в медицине всегда отводилось важное значение, т.к. основной причиной конфликтных ситуаций является неумение врача установить необходимый контакт. Еще в древних манускриптах Аюрведы [1] прописаны основные принципы гуманизма: «Можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно присутствовать чувство страха перед врачом. Последний должен быть добрее, внимательнее к больному». Аналогичные идеи высказывал Г.А. Захарьин: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому нет доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия».

В настоящее время общение врача и пациента перестает быть исключительно патерналистским. Это ведет к возникновению новых ожиданий друг от друга, и сопровождается появлением некоторой оппозиции

в отношениях [131]. Последнее обстоятельство препятствует активной работе пациента, отсутствие которой существенно снижает эффективность лечебных процедур [100]. Взаимоотношения врача и пациента формируются в процессе их общения. При этом личность каждого из них развивается в процессе общения с другими людьми. Это накладывает отпечаток на стиль их поведения, манеры, обычаи, определяет особенности групповой и коллективной деятельности, что отражается на их межличностных контактах [44]. У пациента, как правило, имеется сформированная система ценностных ориентаций и социальных установок по отношению к медицине как социальному институту, применяемым способам и методам лечения. Все это с учетом личностных характеристик оказывает влияние на медицинское поведение. Выполнение пациентом предписаний врача определяется целым рядом факторов. В частности, пациент может просто не понимать, что ему говорит врач или нуждаться в дополнительных объяснениях. В этом случае он самостоятельно может снизить дозу лекарственных препаратов, сделать перерыв в лечении или принимать лекарства нерегулярно [114].

В последние годы существенно возрос интерес отечественных ученых к изучению социальных настроений производителей и потребителей медицинских услуг (Решетников А.В., 2008, 2010; Ефименко С.А., 2008; Седова Н.Н., Лопухина Ю.М., 2003; Татарников М.А., 2005; Царик Г.Н., 2006, Тимченко Н.С., 2007, Бармина Т.В., 2009, Скотенко О.Л., 2010, Гребенюк М.О., 2010, Приз Е.В., 2011, Гурова В.О., 2011, Михальченко Д.В., 2012, Фурсик О.В., 2012; Карымова О.Н., 2013).

Изучению социальных оценок условий и порядка оказания психиатрической помощи посвящены работы Степановой Е.В., 2005; Москвитиной У.С., 2011; Горбунова А.А., 2012; Бударина Г.Ю., 2013; Замятиной И.И., 2014.

Таким образом, анализ научной литературы по теме исследования свидетельствует о глубокой теоретической разработанности феномена социальной практики и наличии хорошо сформированного

терминологического аппарата для его изучения. Общеизвестным является представление о социальной практике как совокупности действий индивидов, человеческих общностей и организаций, направленных на обеспечение устойчивого функционирования социальных институтов и общества в целом. Феномен социальной практики отличает воспроизводимость, устойчивость, массовость и нормативность. По аналогии с социальными институтами главным условием развития и совершенствования социальных практик является их институционализация, обеспечивающая устойчивость физического, психического и социального развития индивидов, социальных групп и общества в целом.

Вместе с тем, изучение функционирования системы здравоохранения как совокупности социальных практик получило свое развитие на Западе лишь в середине XX века. В России данная научная проблема выдвинулась в центр медико-социологических исследований только в конце XX – начале XXI века, благодаря работам А.В. Решетникова, С.А. Ефименко, Н.Н. Седовой. В результате комплексное изучение форм и методов социальных практик отечественного здравоохранения в широком социальном контексте находится на начальном этапе становления собственных научных традиций. Их дальнейшее формирование требует использования богатого теоретического и практического опыта западной социологии медицины, накопленного на протяжении более полувековой истории ее развития.

1.2 Отечественный опыт оказания психиатрической помощи населению

Первым отечественным научным трудом по психиатрии является монография М.К. Пекена «О сохранении здоровья и жизни» (1812). В своей работе автор обосновал важную роль жизненных ситуаций в возникновении психических заболеваний, и рекомендовал использование психотерапии как метода устранения причин [95]. В дальнейшем И.И. Энегольм в труде «Краткое обозрение ипохондрии и ее лечение» (1815) обратил внимание на

возникновение у страдающих психическими расстройствами нарушений функций внутренних органов. Он одним из первых указал на существование душевных расстройств, в настоящее время относимых к пограничным состояниям.

Начало институционализации социальной практики лечения и содержания душевнобольных было положено созданием в 1803 г. Медицинского совета при Министерстве внутренних дел. И только спустя 30 лет, в 1835 г. были разработаны «правила удостоверения в сумасшествии и выздоровлении от оного». С этого времени освидетельствование душевнобольных стало проводится на постоянной основе.

Известный русский психиатр В.Ф. Саблер более 40 лет руководил Московской Преображенской психиатрической больницей. В своих научных трудах он обосновал принципы индивидуального подхода к душевно больным на основе гуманизма, изменив условия их содержания и лечения: отмены цепей и ограничения применения смирительных средств. В этот период в лечении психиатрических больных стали использоваться трудо- и музыкотерапия [55,79].

В 1883 г. по инициативе В.И. Яковенко впервые в России проведена перепись душевнобольных. По ее материалам в 1900 г. В.И. Яковенко издана монография «Душевнобольные Московской губернии». В ней автор впервые сопоставил топографию психозов с топографией преступности, питейных заведений, бытовых условий жизни [104].

В 1887 г. состоялся I съезд отечественных психиатров, на котором впервые была выдвинута идея о законодательном регулировании практики психиатрической помощи и защите прав пациентов. Для снижения нагрузки на психиатрические больницы по предложению Н.Н. Баженова и С.С. Корсакова в стране впервые организован патронаж. П.П. Буханский определял его как «заключительное звено на пути постепенной эволюции психиатрических учреждений от сумасшедшего дома к новым психиатрическим больницам с системой открытых дверей и свободным

режимом» [111]. В своих работах С.С. Корсаков обосновал 5 принципов организационных технологий оказания психиатрической помощи [55]: морального воздействия, нестеснения, открытого режима, наблюдения, трудового воспитания.

И.П. Мержеевский впервые выдвинул идею о социальной этиологии психических заболеваний и необходимости разработки мер медико-социальной профилактики. Сербский В.П. установил связь между социальным неблагополучием и состоянием психического здоровья людей [135].

После Октябрьской революции изучение воздействия социальных причин на психическое здоровье людей было ограничено рамками психогигиенических исследований и заключалось в составлении психосанитарных характеристик условий труда и быта работающих и проведении массовых психопрофилактических осмотров.

В 1919 г. с созданием в Москве института районных психиатров организовано выявление и учет психически нездоровых людей, их стационарирование в психиатрические больницы и наблюдение после выписки [52]. Спустя пять лет, в 1924 г. по инициативе Л.М. Розенштерна и П.М. Зиновьева в стране начата организация службы психоневрологических диспансеров, главной целью деятельности которых стало не только наблюдение и лечение психически больных, но и решение их социальных проблем. Одновременно с этим расширяется сеть домов интернатов для снижения нагрузки на психиатрические стационары [5].

После политического «потепления» в последующий период (1950-1980) в стране стало возможным более широкое изучение значения социальных факторов в этиологии психических расстройств. В это время закладываются основы развития реабилитации в психиатрии. Однако для отечественной психиатрии были по-прежнему не доступны западные научные достижения, а сама она продолжала оставаться излишне идеологизированной. В 1925 г. Государственный психоаналитический

институт был закрыт, а учение З. Фрейда объявлено антинаучным. Вплоть до середины 1950–х гг. отечественные психиатры были вынуждены заниматься решением исключительно биологических проблем [104]. Существовавшая система психиатрической помощи была стационароцентричной; в штатах учреждений было крайне недостаточно психологов, социальных работников, отсутствовали специалисты по социальной работе [71].

Первые фундаментальные научные разработки методологических подходов к организации и содержанию реабилитационной помощи психически больным в нашей стране начаты в 1970-е гг. В 1963 г. Д.Е. Мелехов [78] выделил в реабилитации психически больных три основных этапа: больничная медицинская реабилитация, восстановительная терапия во внебольничных условиях и профессиональное обучение, трудовое и бытовое устройство. В 1978 г. М.М. Кабанов сформулировал цель реабилитации психически больных как процесса ресоциализации для восстановления и сохранения их индивидуальной и общественной ценности и личного статуса [51]. Исходя из поставленной цели, были определены задачи реабилитационного процесса для каждого из этапов [51,52,53]:

- на первом этапе (восстановительной терапии): предупреждение формирования психического дефекта (инвалидизации), явлений госпитализма;
- на втором этапе (реадаптации): приспособление больного к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях;
- на третьем этапе (реабилитации): восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, обращается внимание на актуальность рационального бытового и трудоустройства.

В 1966 г. Б.Б. Малахов [75] доказал положительное воздействие внебольничной трудовой терапии на стабилизацию лечебных ремиссий у больных шизофренией. Кирюничева О.С. (1979) обосновала необходимость преимущественности при проведении трудовой терапии в стационарных и амбулаторных условиях [75].

Особенно активно проблема социально–трудовой реабилитации психически больных разрабатывалась в 1980-е гг. (Мелехов Д.Е., 1963; Кабанов М.М., 1978, 1985, 1988; Лившиц А.Е., 1981, 1986; Воловик В.М., 1981, 1984, 1982; Коцюбинский А.П., 1982; Красик Е.Д., 1981; Малахов Б.Б., 1989).

Основные принципы организации и оказания психиатрической помощи получили законодательное закрепление лишь в конце 1980-х гг. в Положении об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденном Указом Президиума Верховного Совета СССР от 05.01.88 г. В 1990-е гг. продолжились попытки совершенствования законодательного регулирования практики психиатрической помощи.

Принципиально новый этап в развитии психиатрической помощи начался в 1990-е гг. с принятием первого в истории нашей страны ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 г. № 3185-1 – ФЗ. Закон не только определил правовые основы оказания психиатрической помощи, но и создал условия для перехода от патерналистских к партнерским взаимоотношениям между врачом и пациентом. В настоящее время процесс оказания психиатрической помощи строится на принципе законности, который выражается в соблюдении норм Конституции РФ и данного Закона при оказании психиатрической помощи врачом-психиатром. Такая позиция заставила переосмыслить обоснование принудительного лечения; был сделан вывод о том, что эта форма лечения приемлема лишь в том случае, если пациент не способен понимать цель рекомендованного лечения, включая последствия оказания или неоказания помощи, а также рационально использовать подобную информацию. У пациентов появилась возможность получать информацию о принципах деятельности психиатрических служб, правах и обязанностях сотрудников, о льготах и гарантиях, предоставляемых потребителям психиатрической помощи, о возможности наложения определенных ограничений.

В понятие «психиатрическая помощь» Закон включил и те виды помощи больным, которые выходят за рамки медицинской профессии и не требуют специальных медицинских знаний, умений и навыков. Это уже психологическая, социальная, педагогическая, правовая, бытовая помощь. Тех, кто оказывает такую помощь, Закон называет «иными специалистами, участвующими в психиатрической помощи» (ст. 19 Закона). В связи с этим Минздравмедпром РФ издает приказ «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» от 13.02.1995 г. № 27. Законодательно были предусмотрены в числе персонала психиатрических больниц должности: психологов, специалистов по социальной работе, юристов, социальных работников, инструкторов по трудовой терапии. Спустя 2 года, 28 июля 1997 г. Минздравом РФ издается приказ № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи», в котором содержатся основные требования к его подготовке, определяется объем теоретических знаний и практических навыков.

В январе 2005 г. Россия подписала два документа: Европейский план действий по охране психического здоровья, в котором провозглашается приоритет амбулаторной психиатрической помощи и развитие социальных служб, и Европейскую декларацию по охране психического здоровья. Разрабатываются и внедряются новые формы психиатрической помощи с использованием ресурсов социально-медицинского профессионального сообщества. Формируются трансдисциплинарные формы взаимодействия психиатрических учреждений, служб социальной защиты и общественных институтов. Их деятельность направлена на реинтеграцию психически больных в обычную социальную среду [33,87,120,121].

Большое научное и практическое значение для развития системы реабилитационной помощи имеют результаты работ профессора И.Я. Гуровича, профессора А.Б. Шмуклера, профессора Е.Б. Любова. В регионах России внедряются новые формы психосоциальной реабилитации (табл. 1).

Отечественными специалистами разрабатываются и внедряются новые практики психиатрической помощи больным: «жилье под защитой» (Гурович И.Я. и соавт., 2004), стационары на дому (Алисханов М.А., 2005), клиники первого эпизода болезни (Дороднова А.С., 2005; Уткин А.А., 2009; Зайцева Ю.С., 2010, Шендеров К.В., 2011), бригады настойчивого лечения (Степанова О.Н., 2009), реабилитационные общежития (Лиманкин О.В., 2007; Поташева А.П., 2007; Уткин А.А., 2009). Организационные технологии «жилье под защитой» связано с решением проблемы социальной изоляции и бездомности психически больных (Лифшиц А.Е., 1986; Лосев Л.В., Малыгин В.Л., 1992; Лиманкин О.В., Лаптева К.М., 2003), их «оседанием» в психиатрических больницах (Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И., 2003).

Таблица 1

Форма реабилитации психически больных³³

Предоставляемые психиатрическими и социальными учреждениями	Функционально связанные с определенными учреждениями, но предоставляемые непосредственно в обществе
Групповые и индивидуальные формы психосоциального лечения в психиатрических учреждениях. Терапевтические сообщества. Терапия занятостью. Трудовые процессы в психиатрических учреждениях. Лечебно-производственные предприятия. Подготовительное самостоятельное проживание в выделенной квартире при больнице. Общежития для утративших социальные связи (и с более широкими показаниями). Различные варианты групповых домов с медицинским и социальным обслуживанием. Агентства по трудоустройству.	Интенсивное лечение в сообществе. Ведение (менеджмент) индивидуального случая. Семейная терапия. Тренинг социальных навыков. Личностная терапия. Когнитивно-поведенческая терапия. Психообразование и другие формы. Специализированные цеха. Защищенное трудоустройство. Защищенное трудоустройство с поддержкой. Состязательное трудоустройство (с поддержкой, без поддержки). Терапия поддержкой (групповая и индивидуальная). Группы само- и взаимопомощи пациентов и родственников.

Доля больных, находящихся в психиатрических стационарах больше года, в среднем составляет 20%, достигая в некоторых больницах – 50-60% [32]. В результате ими «блокируется» значительная часть коечного фонда, большая часть ресурсов психиатрической службы расходуется

нерационально [70]. О.В. Лиманкин, изучив факторы, способствующие длительной госпитализации хронических психически больных, определил формы и методы комплексной полипрофессиональной работы на базе специально созданного отделения-общежития, являющегося новой, промежуточной между стационарными и внебольничными условиями формой психиатрической помощи. А.У. Каримовым продолжено изучение распространенности и значимости психогенно обусловленных тревожно-фобических расстройств в развитии госпитализма у больных шизофренией в стадии ремиссии. В работах отечественных ученых (Полищук Ю.И. и соавт., 1997; Ястребов В.С., 1998, Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Кольцов А.П., 2004) указывается, что ключевым звеном в формировании континуума психиатрической помощи и реабилитации с опорой на ресурсы социально-медицинского сообщества являются комплексные центры социального обслуживания и дневные стационары.

Таким образом, анализ научной литературы по теме исследования свидетельствует о том, что в настоящее время в стране созданы предпосылки для перехода к более совершенной биопсихосоциальной модели психиатрической помощи с опорой на общество, существенно преобразована практика психиатрической помощи. Однако, несмотря на высокий научный и практический интерес к изучению организации и методики реабилитационной помощи психически больным ряд проблем в этой области достаточного освещения в специальной литературе до сих пор не получил. Весьма перспективной представляется дальнейшее изучение всего комплекса факторов, оказывающих влияние на психическое здоровье, а также содержания и характера взаимоотношений, складывающихся между всеми участниками лечебно-диагностического процесса. Решению некоторых из этих вопросов посвящаются следующие главы диссертации.

* * *

В 1 главе приведены результаты компаративного анализа

методологических оснований к изучению феномена социальной практики как предмета исследований в социологических, педагогических и психологических науках. На основании анализа научных публикаций по теме исследования дана характеристика основных дефиниций, используемых в теоретических и эмпирических исследованиях социальной практики, раскрыта сущность понятия социальной практики, описаны закономерности ее формирования и развития, проанализирована связь социальных практик с социальными институтами и процессом социализации. Приведены работы российских ученых, посвященные изучению системы здравоохранения как совокупности социальных практик и послужившие методолого-методической основой для формирования и развития собственных научных традиций отечественной социологии медицины.

ГЛАВА 2

МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ПОЛЕ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

2.1 Характеристика территории исследования

Базой для изучения социальной практики оказания психиатрической помощи избрана Вологодская область, расположенная на северо-западе Европейской части России. Это продиктовано своеобразием ее социально-экономических и природно-климатических условий, характерных для северных территорий Европейской части России.

Территория области составляет 144,5 тыс. кв. км. На западе она граничит с Новгородской и Ленинградской областями, на севере - с Республикой Карелия и Архангельской областью, на востоке – с Кировской, на юге - с Костромской и Ярославской, на юго-западе – с Тверской областями. По состоянию на 01.01.2013 г. административно-территориальный состав области представлен 26 районами и 15 городами. Общая численность населения составила 1196,2 тыс. чел. Его большая часть (849,8 тыс., 71,0%) проживает в городах области. Плотность расселения населения по территории области составила 8,3чел. на 1 кв. километр.

По данным Всероссийской переписи населения (2010) в 2002-2010 гг. численность городского населения области уменьшилась на 3,1% (26,8 тыс. чел.), сельского – на 10,3% (40,4 тыс. чел.), ежегодно сокращаясь в среднем на 0,5%. Доля сельских населенных пунктов без населения достигла 27%, а с населением до 10 человек – 40% от их общего числа. Последнее обстоятельство объясняется усилением притока сельских жителей в города в поисках работы и для трудоустройства на предприятиях черной металлургии, химии, машиностроения и деревообработки. В результате наблюдается сосредоточение 52,0% (621,6 тыс. чел.) населения лишь в двух городах области (г. Вологде и г. Череповце) на фоне запустения остальной территории. В рейтинге самых экологически грязных городов России г.

Череповец по выбросам загрязняющих веществ в атмосферу занимает 4 место [108]. Основной вклад в загрязнение города вносят предприятия металлургической и химической промышленности.

За анализируемый период возрастно-половая структура населения осталась практически неизменной. В его составе преобладает женское население – 1174 женщины на 1000 мужчин: среди горожан – 1203 на 1000, среди селян – 1107 женщин на 1000 мужчин. Для сравнения в РФ - 1163 женщины на 1000 мужчин: среди горожан – 1189 на 1000, среди селян – 1094 женщины на 1000 мужчин. Состоят в браке 504 человека на 1000 населения: 527 на 1000 женщин, в том числе в зарегистрированном – 440 и 644 на 1000 мужчин, в том числе в зарегистрированном 536.

Согласно классификации ООН население считается старым, если удельный вес лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения превышает 7%. В Вологодской области этот показатель составляет 13,0%. Одновременно снижается численность населения моложе трудоспособного возраста (с 19,3% в 2000 г. до 17,1% в 2013 г.). Относительное число трудоспособного населения остается достаточно стабильным (59,0% в 2000 г. и 59,1% в 2013 г.). Коэффициент демографической нагрузки колеблется на уровне 0,7, что выше аналогичного показателя СЗФО (0,57) и России (0,58).

За анализируемый период в области отмечаются позитивные демографические сдвиги: увеличивается рождаемость (с 8,8 в 2000 г. до 13,8 на 1000 населения в 2013г.; РФ с 8,7 в 2000 г. до 13,3 на 1000 населения в 2013 г.), уменьшается младенческая (с 18,1 в 2000 г. до 10,1 на 1000 родившихся в 2013 г.; в РФ с 15,3 в 2000 г. до 8,2 на 1000 родившихся в 2013 г.) и общая (с 16,0 в 2000 г. до 15,0 на 1000 населения в 2013 г.; в РФ с 15,2 в 2000 г. до 13,1 на 1000 населения в 2013 г.) смертность населения. Вместе с тем, о сохранении демографического неблагополучия в области свидетельствует высокая доля (35,0%) внебрачной рождаемости и низкий коэффициент суммарной рождаемости (1,34-1,35 против 2,15, который необходим для простого воспроизводства населения).

Структура болезненности населения Вологодской области на 01.01.2014 г. представлена (табл. 2): болезнями органов дыхания (29,1%), кровообращения (13,6%), глаза (8,6%), костно-мышечной (7,3%) системы, травмами, отравлениями и внешними причинами (5,6%), заболеваниями моче-половой (5,2%) системы, органов пищеварения (4,9%), кожи (4,8%), эндокринной системы (4,5%), психическими расстройствами и расстройствами поведения (3,5%), инфекционными и паразитарными болезнями (3,2%), заболеваниями уха (2,6%), крови (0,9%), состояниями, возникающими в перинатальном периоде (0,2%) и прочими болезнями (4,0%).

Таблица 2

Структура болезненности населения Вологодской области и РФ по группам болезней в 2013 г. (на 100000 населения, %)

Структура болезненности	На 100 000 населения	%	рейтинг	На 100 000 населения	%	рейтинг
	Вологодская область			РФ		
Органов дыхания	44426,7	29,1	1	38945,2	24,2	1
Органов кровообращения	20830,8	13,6	2	22916,1	14,2	2
Глаза	13205,8	8,6	3	11119,5	6,9	7
Костно-мышечной системы	11187,3	7,3	4	13315,9	8,3	4
Травмами, отравлениями и внешними причинами	8576,3	5,6	5	9300,2	5,8	8
Мочеполовой системы	7974,8	5,2	6	11734,6	7,3	5
Органов пищеварения	7398,2	4,9	7	11425,2	7,1	6
Кожи	7269,0	4,8	8	6145,0	3,8	10
Эндокринной системы	6815,1	4,5	9	6640,6	4,1	9
Психическими расстройствами и расстройствами поведения	5383,3	3,5	11	4792,3	3,0	11
Инфекционными и паразитарными болезнями	4899,3	3,2	12	4579,0	2,8	12
Заболеваниями уха	4029,5	2,6	13	4098,8	2,5	13
Заболеваниями крови	1342,6	0,9	14	1196,7	0,7	14
Состояниями, возникающими в перинатальном периоде	302,4	0,2	15	719,3	0,4	15
Прочее	6115,2	4,0	10	14350,5	8,9	3

Структура причин смертности населения Вологодской области на 01.01.2014 г. представлена болезнями системы кровообращения (737,1 на 100000 населения; 60,9%), новообразованиями (203,1 на 100000 населения; 16,8%), внешними причинами смертности (135,3 на 100000 населения; 11,2%), системы пищеварения (62,1 на 100000 населения; 5,1%), дыхания (49,4 на 100000 населения; 4,1%), инфекционными и паразитарными болезнями (22,4 на 100000 населения; 1,9%). Показатель средней продолжительности предстоящей жизни в 2013 г. составил 69,4 года (РФ – 68,7; СЗФО – 68,2 и в странах ЕС – 78 лет). Разрыв в средней продолжительности жизни женщин и мужчин в среднем равен 12,4 годам.

За анализируемый период в области отмечается сохранение неблагоприятных тенденций, отражающих состояние и динамику медико-демографической ситуации в стране в целом. Они заключаются в снижении доли лиц моложе трудоспособного возраста (на 2,2%) при одновременном увеличении относительного числа лиц старше трудоспособного возраста (на 2,1%), высокой доле (35,0%) внебрачной и низком коэффициенте (1,34-1,35) суммарной рождаемости.

В структуре болезненности первые 5 мест принадлежат болезням органов дыхания (29,1%), кровообращения (13,6%), глаза (8,6%), костно-мышечной (7,3%) системы, травмам, отравлениям и внешним причинам (5,6%). В общей совокупности на них пришлось 64,2%. Распределение причин смертности повторяет общероссийскую тенденцию. В их структуре первые три места принадлежат болезням системы кровообращения (60,9%), новообразованиям (16,8%) и внешним причинам (11,2%). В общей совокупности на них пришлось 88,9%.

2.2 Характеристика методики исследования

2.2.1 Методика изучения заболеваемости, распространенности, инвалидности и социальной обусловленности психических расстройств

Для изучения заболеваемости, распространенности, инвалидности вследствие психических расстройств и их социальной обусловленности нами использованы официальные статистические данные БУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр», сведения учетно-отчетной медицинской документации БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» и статистического ежегодника Вологодской области за период 2000–2013 гг.

Оценка состояния и тенденций заболеваемости, распространенности, инвалидности и социальной обусловленности нарушений психического здоровья населения проводилась с помощью специального комплекса показателей, включавшего 17 критериев:

- 1) заболеваемость (инцидентность) психическими расстройствами;
- 2) распространенность (превалентность) психических расстройств;
- 3) структура причин заболеваемости психическими расстройствами;
- 4) структура причин распространенности психическими расстройствами;
- 5) первичная инвалидность вследствие психических расстройств;
- 6) общая инвалидность вследствие психических расстройств;
- 7) структура причин первичной инвалидности вследствие психических расстройств;
- 8) структура причин общей инвалидности вследствие психических расстройств;
- 9) заболеваемость алкоголизмом;
- 10) распространенность алкоголизма;
- 11) заболеваемость наркоманией;
- 12) распространенность наркомании;
- 13) распространенность суицидов;
- 14) размер среднедушевых доходов населения;
- 15) реальные располагаемые денежные доходы (в % к предыдущему году);
- 16) доля населения с доходами ниже прожиточного минимума;

- 17) распространенность преступлений (убийств, хулиганств, изнасилований, покушений, грабежей, краж, разбоев, связанных с оборотом наркотиков).

2.2.2 Методика изучения медико-социального портрета потребителей психиатрических услуг и факторов, влияющих на их использование

При изучении медико-социального портрета потребителей психиатрических услуг, характеристики их поведенческих паттернов и персональных ресурсов, обеспечивающих доступ к психиатрической помощи, мы использовали подходы, предложенные Ю.П. Лисицыным [73]. В основу интерпретации характера отклонений изучаемых признаков в сравниваемых группах нами положена эмпирическая типология переменных, характеризующих разнообразие психологических, социальных и экономических условий жизнедеятельности индивидов. Нами была разработана и использована статистическая «Карта изучения медико-социального портрета потребителей психиатрических услуг» (Приложение 4), валидизированная в ходе пилотного исследования, результаты которого подтвердили ее относительную стабильность и достаточную тест–ретестовую надежность.

Всю совокупность учитываемых статистических признаков мы объединили в пять основных групп:

1 группа – медико-демографические. К этой группе мы отнесли: пол, возраст, состав семьи, наследственную предрасположенность к заболеваниям, раннее развитие ребенка;

2 группа – социально-экономические. В эту группу мы включили: наличие работы, частоту смен работы, квалификацию; уровень образования; уровень дохода; жилищно-бытовые условия;

3 группа – социально-психологические. При их изучении мы учитывали: наличие официальной регистрации брака; характер внутрисемейных, социальных и производственных отношений;

4 группа – медико-организационные. К их числу мы отнесли: доступность медицинской помощи; своевременность обращений за медицинской помощью; выполнение врачебных назначений; удовлетворенность медицинским обслуживанием;

5 группа – поведенческие (образ жизни). В их состав мы включили: качество питания; курение; употребление алкоголя; физическую активность; степень включенности в жизнь социума.

Для изучения финансовой составляющей доступности психиатрических услуг для пациентов в анкету, явившуюся инструментом исследования, дополнительно был включен вопрос о ежемесячных доходах. Для оценки материального благосостояния потребителей психиатрических услуг была проведена группировка изученного контингента по величине прожиточного минимума (6,9 тыс. руб.) и среднедушевому доходу (19,2 тыс. руб.), сложившихся в исследуемой территории в 1 квартале 2013 года.

2.2.3 Методика изучения среды потребления психиатрических услуг

Программа исследования контекстных факторов, влияющих на использование психиатрических услуг, была разработана с учетом методических рекомендаций, предложенных А.В. Решетниковым и С.А. Ефименко [101]. В качестве инструмента для проведения исследования использовалась статистическая «Карта изучения медико-социального портрета провайдеров психиатрических услуг» (Приложение 5), валидизированная в ходе пилотного исследования, результаты которого подтвердили ее относительную стабильность и достаточную тест–ретестовую надежность.

Методы статистической обработки данных: проверка данных на нормальность распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Оценка связи между изучаемыми явлениями проведена с помощью показателя соответствия (χ^2), дисперсионного и корреляционного анализов. Для оценки степени взаимного влияния на психическое здоровье всех анализируемых параметров нами была выполнена процедура логистического регрессионного анализа.

Для оценки степени вклада каждого из анализируемых параметров удовлетворенности трудом в общий результат нами была выполнена процедура логистического регрессионного анализа. В последующем осуществлена корректировка предикторов удовлетворенности трудом с поправкой на пол, возраст и занимаемую должность и выполнен логистический однофакторный и многофакторный регрессионный анализ.

При проведении статистического анализа использовались количественные и качественные переменные. Качественные данные были представлены в виде процентных долей; количественные – в виде медианы и 1 и 3 квартилей. Наличие взаимосвязи между качественными переменными оценивалось с помощью теста Хи-квадрат Пирсона. Для определения силы связей рассчитывался коэффициент V Крамера (для многопольных таблиц). Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI (расчет 95%-ых доверительных интервалов (ДИ) методом Fisher).

* * *

Во 2 главе дана характеристика исследовательского поля, изложена программа и методика научно-исследовательской работы. Проведен анализ социально-демографических показателей. Рассмотрено содержание методик изучения социальной практики медицинского сопровождения лиц с нарушениями психического здоровья. Приведен перечень методик статистической обработки полученных данных.

ГЛАВА 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Динамика психической заболеваемости, распространенности и инвалидности взрослого населения Вологодской области в 2000-2013 гг.

По данным ВОЗ, число невротиков за последние 65 лет выросло в 24 раза, в то время как число психических заболеваний всего в 1,6 раза. Вместе с тем, пограничные психические расстройства являются причиной не менее серьезных социальных последствий. Депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия может дестабилизировать экономическую жизнь как в развитых, так и в развивающихся странах [37].

Попытки исчерпывающего определения здоровья учеными предпринимаются с глубокой древности. Так, Пифагор (570-490 гг. до н.э.) определял здоровье как гармонию, равновесие, а болезнь как ее нарушение. При этом под нравственным здоровьем он понимал стремление человека к добру. Амосов Н.М. (1913-2002) воспринимал здоровье как сумму резервных возможностей основных функциональных систем организма [4]. Т. Парсонс (1902–1979) рассматривал его с позиций оптимальных возможностей индивида эффективно выполнять свои социальные роли и задачи [20]. По определению ВОЗ (1948), здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здоровье, представляя собой естественное, абсолютное и непреходящее благо, занимает верхние ступени иерархической лестницы человеческих ценностей. Более того, являясь составной частью экономического фактора труда и ресурсом трудоспособности, определяет степень производительности труда человека, а значит и качество жизни [100].

Вологодская область по качеству жизни населения в настоящее время занимает 61 место из 81 [98]. Особенно резкое снижение показателя произошло в период с 2006 г. (19 место) по 2010 г. (61 место).

Факторы, оказывающие влияние на психическое здоровье, подразделяются на предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие. Предрасполагающие факторы усиливают восприимчивость человека к психическому заболеванию и повышают вероятность его развития при воздействии провоцирующих факторов. Они могут быть генетически обусловленными, биологическими, психологическими и социальными. А.А. Шабунова, Н.А. Рыбакова, Г.В. Тихомирова [133], установившие корреляционную связь между экономическими и экологическими факторами и ожидаемой продолжительностью жизни, основной причиной ухудшения здоровья населения считают снижение качества жизни.

В последние годы особую озабоченность у специалистов и представителей общественности вызывают негативные тенденции в психическом здоровье населения. Психические расстройства, представляя существенный удельный вес в структуре хронических болезней, являются тяжелой нагрузкой не только для служб здравоохранения, но и для общества в целом. Распространенность шизофрении среди всего населения достигает 1%, а депрессия приобретает черты эпидемии, охватившей все человечество [117].

Проблема психического здоровья в последние десятилетия стала одной из важных медико-социально-педагогических проблем. Ее научно-практическая значимость, с одной стороны, определяется тем, что пациенты психиатрических больниц при существенном снижении качества жизни часто становятся объектом социальной изоляции и стигматизации, а, с другой стороны, тем, что сам процесс формирования и поддержания психического здоровья происходит в условиях разнонаправленного воздействия множества

взаимосвязанных факторов: политических, экономических, социальных, культурных и др.

В 2000–2013 гг. показатель общей заболеваемости психическими расстройствами в Вологодской области возрос на 35,1% (РФ на 21,0%) и составил 2953,7 на 100000 населения (в РФ в 2012 г. – 2951 на 100000 населения), а показатель первичной заболеваемости - на 31,2% (РФ 2011 г. – снизился на 5,7%) и составил в 2013 г. 387,7 случаев болезней на 100000 населения (РФ в 2011 г. – 351,5 на 100000 населения) (рис. 1).

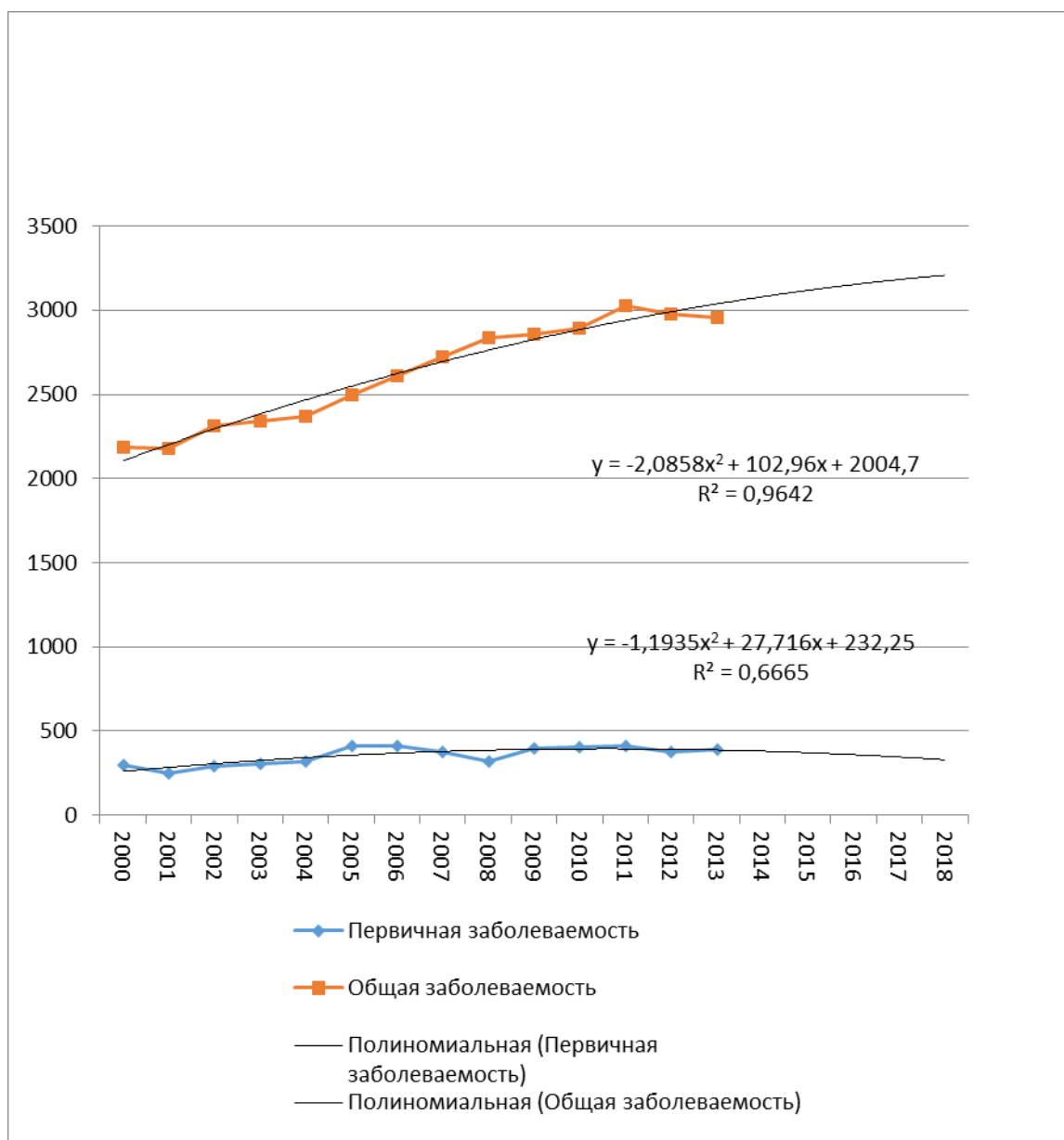


Рис. 1. Динамика первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами в Вологодской области в 2000-2013 гг.

(на 100000 населения)

При анализе причин общей и первичной заболеваемости в динамике нами не выявлено значимых различий в их структуре. Поэтому мы специально изучили распределение этих показателей по состоянию на последний год анализируемого периода.

В условиях резкого снижения уровня и качества жизни ведущими причинами общей и первичной заболеваемости населения Вологодской области стали (табл. 3) непсихотические расстройства (59,2% и 77,4% соответственно). Второе место в структуре общей и первичной заболеваемости заняли психозы и состояния слабоумия (22,0% и 18,0% соответственно).

Таблица 3

Структура причин общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Вологодской области и РФ в 2013 г. (в % к итогу)

Классы болезней	Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость	
	РФ*	Вологодская обл.	РФ*	Вологодская обл.
Психозы и состояния слабоумия	26,4	22,0	18,7	18,0
Умственная отсталость	22,3	18,8	6,9	4,6
Непсихотические расстройства	51,3	59,2	74,4	77,4
Итого:	100	100	100	100

* Примечание: РФ 2012 г.

Следствием психозов часто являются так называемые "негативные расстройства", приводящие к серьезным социальным последствиям. Они выражаются в изменении характера и свойств личности, а также в расстройстве мышления, которое становится нецеленаправленным, аморфным, ригидным и бессодержательным. Нередко такие пациенты, теряя прежние трудовые навыки и способности, становятся инвалидами.

За анализируемый период (2000-2013 гг.) уровень распространенности общей инвалидности вследствие психических расстройств возрос на 2,8%, составив в 2013 г. 547,3 на 100000 населения (в РФ за 2000-2011 гг. – на

23,5%, составив в 2011 г. 724,8 на 100000 населения) (рис. 2). Первичная инвалидность сократилась на 41,3% (в РФ за 2000-2011 гг.- на 18,9%, составив в 2011 г. 31,0 на 100000 населения).

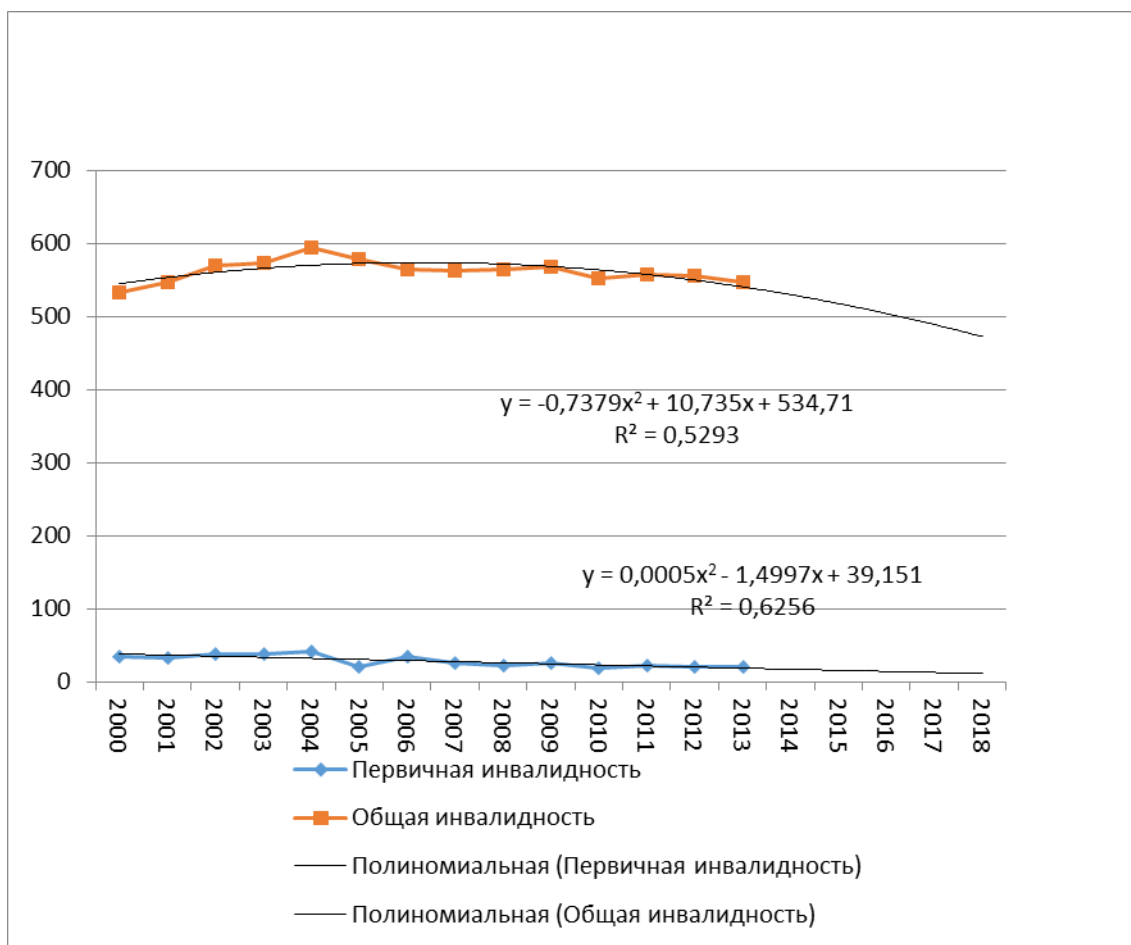


Рис. 2. Динамика общей и первичной инвалидности вследствие психических расстройств в Вологодской области в 2000-2013 гг. (на 100000 населения)

Из общего числа инвалидов вследствие психических болезней подавляющее большинство (70%) инвалидизируются в наиболее активном трудоспособном возрасте: 18-29 лет – 23-25%; 30-45 лет – 45%. Подавляющее большинство из них сразу же признаются инвалидами I и II групп. Практически все (95%) признанные нетрудоспособными остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. Инвалидность по психической патологии отличается стабильностью показателей степени тяжести. Более чем у 70% больных группа инвалидности на протяжении жизни не меняется.

Число больных, которым удается полностью снять инвалидность, остается очень небольшим — 1-3% (Тиганов А. С., 2011).

В структуре причин общей инвалидности вследствие психических расстройств 31,6% приходится на умственную отсталость (РФ в 2010 г. – 34,6%), 31,6% - на шизофрению (РФ в 2010 г. - 34,4%), 36,8% - на другие психотические расстройства (РФ в 2010 г. – 31,0%). В структуре причин первичной инвалидности 27,1% приходится на шизофрению и расстройства шизофренического спектра (РФ в 2012 г. – 23,9%), 31,2% - на умственную отсталость (РФ в 2012 г. – 27,6%) и 41,7% - на другие психотические расстройства (РФ в 2012 г. – 48,5%).

Негативные тенденции в заболеваемости и распространенности психических расстройств могут быть существенно замедлены путем проведения превентивных мероприятий по предупреждению их развития: минимизации негативных последствий современного образа жизни (психотравм служебного и семейного характера) и неблагоприятных условий жизни в период детства (неполная семья, неправильное воспитание, семейные конфликты, драматические ситуации).

3.2. Анализ социальных факторов, обуславливающих возникновение и распространение психических расстройств

Как известно, особенно негативное влияние факторы риска оказывают на здоровье маргиналов и лиц, живущих в относительной бедности. Это объясняется наличием прямой связи между бедностью и здоровьем [106]. Обычно основные требования индивида к доходам заключаются в необходимости удовлетворения базисных потребностей, в достаточности поддержания определенного стандарта жизни и ощущения справедливости полученного вознаграждения за труд. При их не обеспечении индивид испытывает сильное социальное давление, направленное, с одной стороны, на ограничение имеющихся потребностей, а с другой, на повышение личной

продуктивности. И то, и другое способствует проявлению широкого спектра психологических дисфункций [100].

Таблица 4

Денежные доходы населения Вологодской области в 2000-2013 гг.

Показатель	Годы					
	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Среднедушевые денежные доходы, руб.	2023	6345	13919	15637,9	18125	19261,8
Реальные располагаемые денежные доходы, в % к предыдущему году	118,8	106,4	108,3	100,8	110,6	102,7
Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	25,5	18,3	16,8	17,1	13,3	13,1

За изучаемый период (2000–2013 гг.) наблюдается снижение реальных доходов населения (табл. 4) с 118,8% в 2000 г. до 102,7% в 2013 г. Уровень зарегистрированной безработицы в области снизился с 8,3% в 2000 г. до 6,1% в 2013 г. (в РФ 2000 г. – 10,6% и 5,5% в 2013 г.). Средний возраст безработного в 2013 г. составил 35,6 года (мужчины – 36,0, женщины – 35,7 лет). Наибольший процент (43,8%) составили граждане в возрасте 30-49 лет, имеющие среднее (28,8%) и начальное профессиональное (27,1%) образование.

Вместе с тем, при сопоставлении показателей общей ($r = -0,834$, $p = 0,001$) и первичной ($r = -0,682$, $p = 0,007$) заболеваемости психическими расстройствами с долей лиц, живущих в относительной бедности, нами получена парадоксальная обратная зависимость (Приложение 6).

Еще одним социальным явлением, тесно связанным с низким уровнем жизни и психическими расстройствами, является девиантное поведение, которое может быть одновременно и причиной, и следствием нарушения психического здоровья [100]. Основными формами его проявления является алкоголизация, наркомания и преступность (табл. 5).

Таблица 5

Динамика общей и первичной заболеваемости алкоголизмом и наркоманией в Вологодской области за 2000–2013 гг. (на 100000 населения)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Первичная заболеваемость алкоголизмом	100	150	107,8	100	86,3	-
Общая заболеваемость алкоголизмом	1216	1408,6	1325	1329	1225,5	-
Первичная заболеваемость наркоманией	11,4	11,5	18,1	13,4	14,2	18,7
Общая заболеваемость наркоманией	51,2	92,9	131,5	150,9	173,4	176,3

За анализируемый период (2000–2013 гг.) в области отмечается снижение первичной (на 13,7%) и незначительное увеличение общей (на 0,8%) заболеваемости населения алкоголизмом. В 2012 г. значение этих показателей составили 1225,5 и 86,3 на 100000 населения соответственно (РФ в 2000 г. - 1508,0 и 129,7 на 100000 населения; в 2012 г. - 1261,0 и 85,7 на 100000 населения соответственно).

Ежегодно в области выявляются от 11,4 до 18,7 (на 100000 населения) новых случаев наркомании. За четырнадцать лет (2000–2013 гг.) ее распространенность увеличилась в 3,4 раза (с 51,2 в 2000 г. до 176,3 на 100000 населения в 2013 г.). Отмечается рост больных с синдромом зависимости от наркотиков. В 2012 г. зарегистрировано таких 2074 человек (176,3 на 100000 населения). В 2010 г. в области наблюдается и увеличение наркозависимых лиц, впервые взятых на учет – 18,7 на 100 000 населения (в 2000 г. – 11,4 на 100000 населения).

В Вологодской области увеличение показателя продаж алкоголя на душу населения наблюдается до 2004 г. (значение показателя – 16,31 л). Однако, несмотря на снижение показателя в 2005 г. до уровня 14,6 л. алкоголя на душу населения, а в 2010 г. – до 10,31 л., объемы розничной продажи алкогольных напитков и пива на душу населения в регионе устойчиво превышали допустимый уровень (по данным ВОЗ этот показатель составляет 8 литров на душу населения).

В структуре потребления алкогольных напитков в регионе наибольшее распространение получили пиво (в 2000 г. – 4305,7 и к 2010 г. возрос до 10353,6 тыс. дкл.), водка и ликеро-водочные изделия (2487,3 тыс. дкл. в 2000

г. и к 2010 г. снижается до 1548,4). Потребление вин (480,5 до 1108,5), коньяков (27,0 до 53,9) и шампанского (58,5 до 104,5) увеличилось в два раза.

По статистике в России каждое третье преступление совершается взрослым в состоянии алкогольного опьянения, а каждое шестое — пьяным подростком. Пьянство и преступность взаимосвязаны: пьянство способствует увеличению преступности, а преступность способствует увеличению пьянства (алкоголизма). Количество преступлений, совершаемых в трезвом состоянии, выросло в 1,5 раза, число преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения — в 2 раза. Подавляющее большинство бытовых преступлений (80%) и самоубийств (75%) в России совершается в состоянии алкогольного опьянения. Пьянство и алкоголизм приводят к нарушению социальных норм, т.е. криминальному поведению.

Таблица 6

Криминогенная обстановка в Вологодской области в 2000–2012 гг.

(на 100000 населения)

Наименование правонарушения	Годы				
	2000	2005	2010	2011	2012
Убийства	18,6	21,5	12,2	10,8	9,0
Хулиганства	152,3	46,3	10,7	10,9	14,5
Изнасилования и покушения	8,1	7,4	2,6	3,4	2,8
Грабежи и разбои	152,9	361,6	133,0	120,8	104,2
Кражи	1232,6	1291,4	890,7	986,0	899,2
Преступления, связанные с оборотом наркотиков	69,2	78,0	124,9	127,1	107,9
ВСЕГО:	2686,5	3009,2	2033,2	2110,9	1992,1

За анализируемый период в области сократилось (31,3%) количество преступлений. Одновременно значительно (44,5%) увеличилось количество преступлений, связанных с оборотом наркотиков (табл. 6). Нами не выявлены взаимосвязи между количеством зарегистрированных преступлений в Вологодской области в 2000–2012 гг. и показателями психического здоровья региона: первичная ($r = -0,078$, $p = 0,801$), общая ($r = -0,516$, $p = 0,071$) заболеваемость, первичная ($r = 0,279$, $p = 0,357$), общая ($r =$

0,249, $p = 0,412$) инвалидность (Приложение 6). Это означает, что здоровые люди совершают столько же агрессивных действий, сколько и душевнобольные. Социальная опасность психически больных во многом определяется их личностными характеристиками и сформировавшимся до возникновения заболевания мировоззрением (Тюльпин Ю.Г., 2002). Вместе с тем, существенное улучшение организации социальной психиатрии (взаимоотношения общества и больного, внутрисемейные отношения, качество жизни психически больного) позволит снизить риск совершения психически больными общественно опасных действий (Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Кондратьев Ф. В., 2001).

Крайней формой девиантного поведения и одним из информативных показателей психического здоровья населения является уровень распространенности самоубийств, предельно допустимый уровень, которых по рекомендациям ВОЗ составляет 20 на 100000 населения.

В теории самоубийств Э. Дюркгейма [42] акт самоубийства трактуется как состояние отчуждения, вызванное падением традиционных устоев, а не как беспрецедентный индивидуальный акт. При этом ученым установлено, что частота самоубийств «меняется обратно пропорционально степени интеграции социальных групп, частью которых является сам индивид». В связи с чем общественный строй, и социальный контроль являются полезными социальными образованиями, защищающими человека от саморазрушающей деятельности. Социальная разобщенность, наоборот, нарушая сети социальной поддержки, подрывает психическое здоровье людей.

Первые пять мест с высоким уровнем самоубийств занимают: Литва (31,5), Республика Корея (31,2), Казахстан (30,0), Белоруссия (25,3), Венгрия (24,6). Россия занимает 12 место среди стран мира (21,4 на 100000 населения) [118]. Реже суициды совершаются в Египте, на Гаити и Ямайке. Уровень самоубийств в этих странах близок к нулю.

В Вологодской области смертность от самоубийств в 1990 г. составила 31,1 и к 2000 г. увеличилась до 56,2 на 100000 населения (в РФ 26,5 и 39,1 на 100000 населения соответственно). Этот показатель выше предельно допустимого ВОЗ. В 2011 г. она снижалась до 24,2 на 100000 населения (по РФ - 21,0 на 100000 населения) (Приложение 7).

По статистике женщины кончают жизнь самоубийством значительно реже, чем мужчины. В мире на одну женщину-самоубийцу в среднем приходится трое мужчин [118]. Возможно, это соотношение объясняется более рациональной природой мужчины, в большей степени склонной к сознательному суицидальному акту, чем защищенная инстинктом самосохранения и сохранения рода, природа женщины. Однако они пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, выбирая при этом "щадящие" способы, значительно реже приводящие к смерти (ВОЗ, 2012).

Суицид является относительно молодым явлением (табл. 7). Суицидальный возраст без различия пола, национальности и места проживания составляет 20-60 лет, являясь периодом наибольшей жизненной активности человека.

Таблица 7

Возрастные показатели смертности населения Вологодской области
от самоубийств (на 100000 населения)

Возрастная группа	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	1999 – 2010 гг.
10– 19 лет (с 1998 по 2000 гг. – 0-19 лет)	6,7	6,3	8,8	12,0	15,2	12,1	12,8	11,9	8,8	11,9	7,2	7,0	9,7	10,0
20 – 39 лет	59,8	68,4	61,0	56,4	57,0	69,6	55,6	40,9	43,2	37,5	25,3	33,7	27,8	48,9
40 – 59 лет	88,2	94,7	84,5	80,6	74,7	67,8	64,3	58,2	56,0	46,8	37,8	38,6	33,8	63,5
60 и более лет	54,8	81,0	71,4	69,4	63,0	55,0	62,0	46,7	57,8	47,3	36,7	45,3	38,1	56,0

Особую тревогу вызывают самоубийства сельских жителей (Приложение 7). К факторам, обуславливающим феномен суицида, относится развитость средств массовой информации, коллективность самого явления, ослабление института семьи, национальность, вероисповедание и др. Как правило, значительная часть самоубийств совершается психически

здоровыми людьми в результате социально-психологической дезадаптации в условиях микросоциального конфликта [54]. Другими словами, частота сознательного покушения на жизнь определяется степенью социальной интегрированности индивида. Под ней понимается, с одной стороны, социальный контроль со стороны общества, а с другой, практически полное его отсутствие (заброшенность, разобщенность, отчуждение). Обе крайности являются одинаково опасными для распространенности сознательного суицида.

В настоящее время ВОЗ насчитывает до 800 факторов, являющихся причинами суицидов. При этом на долю психических расстройств приходится лишь 18–30% [109,118]. Большинство (80%) суицидентов никогда в своей жизни не обращались к врачам психиатрам [113]. Нами установлена обратная связь между общей ($r = -0,983$, $p = 0,001$) и первичной ($r = -0,726$, $p = 0,003$) заболеваемостью психическими расстройствами и распространенностью суицидов.

Вместе с тем обнаружена сильная связь между уровнем распространенности суицидов и первичной инвалидностью вследствие психических расстройств ($r = 0,863$, $p = 0,001$). Это можно объяснить стабильностью, тяжестью инвалидизации вследствие психических расстройств. Ни при каком другом классе болезней не отмечается и столь длительных сроков инвалидности. В связи с этим люди с психическими заболеваниями находятся в повышенном риске попыток самоубийства и алкоголизации. Употребление алкоголя на душу населения имеет сильную связь с показателями общей инвалидности психическими расстройствами ($r = 0,801$, $p = 0,001$).

На здоровье пациента влияет целый комплекс социальных, экономических, экологических, психологических детерминант. От здоровья человека зависят его физическая активность, репродуктивное поведение и наконец, здоровье дает возможность индивиду выполнять свои социальные

роли, напротив плохое здоровье оказывает негативное влияние на экономическое развитие общества.

Таким образом, проведенный нами анализ позволил сделать следующие выводы.

Во-первых, в Вологодской области за 14 лет (2000-2013 гг.) показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами возрос на 31,2% и в 2013 г. составил 387,7 случаев болезней на 100000 населения. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами увеличился на 35,1% и в 2013 г. составил 2953,7 случаев заболеваний на 100000 населения. В структуре впервые выявленных психических расстройств нашли отражение мировые тенденции. Лидирующие позиции заняли расстройства непсихотического характера (77,4%), психозы и состояния слабоумия (18,0%), умственная отсталость (4,6%).

Во-вторых, показатель инвалидности увеличился на 2,8% (с 532,4 в 2000 г. до 547,3 на 100000 населения в 2013 г.). Основными причинами инвалидности вследствие психических расстройств в Вологодской области выступили шизофрения и умственная отсталость (63,2%), другие психотические расстройства (36,8%).

В-третьих, показатели психической заболеваемости не связаны с частотой суицидов населения Вологодской области ($r = -0,726$, $p = 0,003$; $r = -0,983$, $p = 0,001$). Отсутствие связи объясняется деформацией существующей социальной структуры и девальвацией системы жизненных ценностей. И наоборот, установленные нами связи между уровнем суицидов и первичной инвалидностью вследствие психических расстройств ($r = 0,863$, $p = 0,001$), между величиной потребления алкоголя на душу населения и общей инвалидностью психическими расстройствами ($r = 0,801$, $p = 0,001$) объясняются изменением социального статуса и связанных с ним образа, уровня и качества жизни вследствие инвалидности.

В-четвертых, число законченных самоубийств в 2010 г. превысило предельно допустимый ВОЗ уровень и составило 24,2 на 100000 населения.

При этом соотношение мужчин и женщин превысило среднероссийский показатель (1:3) и составило в 2010 г. 1:10 (4,9 и 49,8 на 100000 соответственно). Особенно высока суицидальная активность сельского населения. Она в 2010 г. составила 47,0 на 100000 населения (город - 16,6 на 100000 населения).

В-пятых, девиантное поведение приобрело в последние годы массовый характер вследствие роста общей заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Это произошло на фоне роста объемов розничной продажи алкогольных напитков и пива на душу населения в регионе, устойчиво превышавших предельно допустимые уровни и достигшие в 2010 г. 10,31 л на душу населения.

И наконец, в-шестых, за изучаемый период наблюдалось увеличение частоты распространенности наркомании в 3,4 раза (с 51,2 на 100000 населения в 2000 г. до 176,3 на 100000 населения в 2013 г.). В 2013 г. впервые зарегистрировано 18,7 случаев наркомании на 100000 населения. На этом фоне отмечено увеличение количества преступлений, связанных с оборотом наркотиков на 44,5% (с 69,2 на 100000 населения в 2000 г. до 107,9 на 100000 населения в 2012 г.)

* * *

В 3 главе представлен анализ статистических данных, характеризующих состояние и динамику распространенности психических заболеваний у населения Вологодской области в 2000-2013 гг. Даны основные характеристики психического здоровья и факторов, его обуславливающих.

ГЛАВА 4

АНАЛИЗ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛУГ

(в оценках психически больных и здоровых лиц)

В настоящее время в исследовании проблемы потребления и предоставления медицинских услуг широко применяется социобиохевиоральная модель Рональда М. Андерсена (1968, 1974, 1995, 1998). Согласно данной аналитической модели использование услуг здравоохранения является результатом действия трех основных групп факторов. Первую группу образуют факторы predisposing (predisposing factors). Они представлены переменными, характеризующими самих потребителей медицинских услуг: демографические, социальные, психологические и профессиональные характеристики, непосредственно влияющие на осознание ими потребностей в медицинских услугах. Вторая группа факторов (enabling factors) объединяет имеющиеся у людей возможности по использованию услуг здравоохранения. К ним относятся индивидуальные и общественные ресурсы, обеспечивающие доступ к медицинским услугам. Третья группа факторов (need) отражает потребность в медицинских услугах, измеряемая врачебными оценками здоровья (оцениваемая потребность) и его индивидуальным восприятием (осознаваемая потребность). Все выделенные группы факторов определяют природу и формируют характер самого процесса осуществления потребления медицинских услуг, реализуемого в самосохранительном поведении и медицинской активности людей.

4.1 Характеристика социально-демографических факторов, определяющих нужды и потребности населения в психиатрической помощи

В последние годы все больше растет число людей, страдающих психическими расстройствами [11]. Они представляют собой серьезную проблему не только для самих больных и их родственников, но и для общества в целом. Это связано с тем, что течение психических заболеваний в подавляющем большинстве случаев сопровождается нарушением социального функционирования индивидов: дестабилизацией личностных отношений, изменением привычных форм деятельности, снижением трудового и экономического статуса. Все это на фоне уменьшения социальной и медицинской активности психически нездоровых людей создает дополнительные трудности в проведении лечебно-профилактических мероприятий, направленных на компенсацию их психического состояния, восстановление социального статуса и, как следствие, успешное интегрирование в общество.

Учитывая тот факт, что свыше 50% страдающих психическими нарушениями граждан находятся в социально-активном возрасте, возникает настойчивая потребность в изучении их демографических, социальных и профессиональных характеристик. Они, отражая персональные параметры индивидов, являются важными факторами, определяющими характер их личных усилий и поведенческих реакций по сохранению и восстановлению психического здоровья. Изучение последних служит важным источником получения релевантной информации, необходимой для раннего выявления групп риска психических нарушений и проведения целенаправленных действий по предупреждению их возникновения и развития.

Для характеристики персональных параметров потребителей психиатрических услуг мы провели их сравнительный анализ с аналогичными показателями группы здоровых лиц (табл. 8). По полу и возрасту обе группы оказались полностью сопоставимыми. Так, в структуре психически больных и здоровых лиц мужчины и женщины распределились практически поровну (52,4% и 47,6% соответственно). Подавляющее большинство пациентов (96,8%; 95% ДИ 94,1-97,9) на момент анкетирования

находились в трудоспособном возрасте: 18-44 лет – 52,9%; 45-59 лет – 43,9% и только 3,2% - в нетрудоспособном (60 лет и старше). В группе здоровых соотношение мужчин и женщин также было примерно одинаковым (57,4% и 42,6% соответственно). Практически все (96,4%; 95% ДИ 1,9-5,5) они находились в трудоспособном и лишь 3,6% - в нетрудоспособном возрасте. Распределение респондентов по месту жительства, в целом, соответствует особенностям распределения населения Вологодской области.

Таблица 8

Характеристика респондентов по полу, возрасту и месту жительства,
(в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Пол	Мужчины	52,4 (47,2–57,6)	57,4 (52,4–62,3)	$\chi^2=1,89$; $p > 0,05$
	Женщины	47,6 (42,4–52,8)	42,6 (37,7–47,6)	
Возраст	18–44 года	52,9 (47,9–57,9)	49,7 (44,5–55,0)	$\chi^2=4,97$; $p > 0,05$
	45–59 лет	43,9 (38,9–48,9)	46,7 (41,5–52,0)	
	60 лет и старше	3,2 (1,7–5,5)	3,6 (1,9–6,0)	
Место жительства	Город	62,4 (57,5–67,2)	57,9 (52,7–63,0)	$\chi^2=1,5$; $p > 0,05$
	Сельские районы	37,6 (32,8–42,5)	42,1 (37,0–47,3)	

Учитывая тот факт, что семья «не только создает человека – носителя здоровья, но генетически, культурно и экологически задает многие параметры его физического, душевного и психического состояния» [44] особое внимание нами было сосредоточено на изучении семейного статуса психически больных и здоровых лиц. При этом мы исходили из того факта, что семейное окружение является одним из основных позитивных факторов, благотворно влияющих на состояние здоровья человека, страдающего психическим заболеванием. В свою очередь, от состояния психического здоровья зависит сама возможность создания и сохранения семьи. Более того, отношения, складывающиеся между ее членами, не только влияют на течение, но и на исход психического заболевания, способствуя его

улучшению или ухудшению. Хорошо известно, что тип родительской семьи, ее состав, характер внутрисемейных отношений и социальное окружение являются одними из основных факторов, позитивно или негативно влияющих на состояние здоровья и благополучие человека, страдающего психическим заболеванием.

Таблица 9

Сравнительный анализ родительской семьи пациентов и группы сравнения,
(в %; 95% ДИ)

Тип родительской семьи*	Пациенты	Группа сравнения
Полная	59,8 (54,6–64,8)	85,0 (81,1–88,3)
Воспитывался с одним из родителей	30,2 (25,5–35,1)	15,0 (11,7–18,9)
Воспитывался с бабушкой/дедушкой или другими родственниками	6,3 (4,0–9,2)	0,0 (0,0–0,9)
Воспитывался в детском доме	3,7 (2,1–6,3)	0,0 (0,0–0,9)

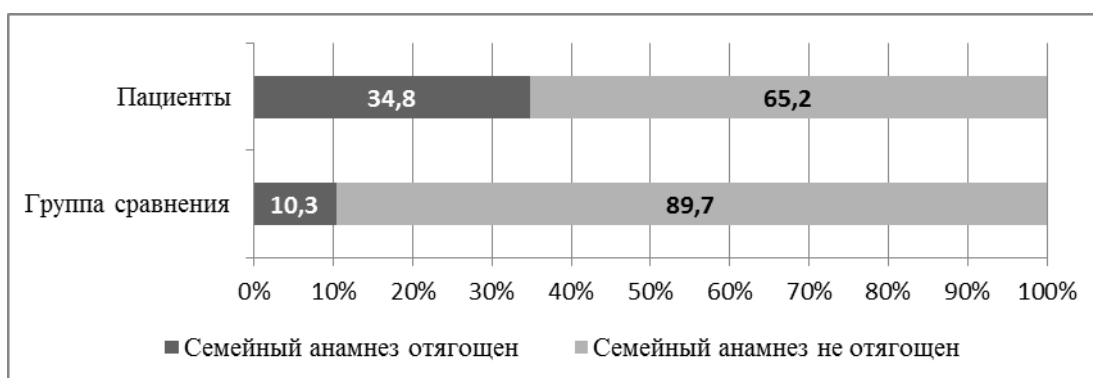
Примечание*: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2=61,4$; $p < 0,001$.

Одним из основных социально-демографических параметров, отражающих не только условия жизнедеятельности индивидов, но и состояние их физического и психического здоровья, является состав семьи: полный или неполный. Так, среди пациентов значительная часть (40,2%; 95% ДИ 35,3–45,3) воспитывались в неполных семьях; среди здоровых лиц таких оказалось в 2,7 раза меньше (15,0%; 95% ДИ 11,9–18,9) (табл. 9). Относительные шансы пациентов воспитываться в неполных семьях в сравнении с группой сравнения в 3,8 раза выше (95% ДИ: 2,7–5,4). Обнаруженная особенность вызывает особую тревогу, учитывая наличие в последние годы выраженной негативной тенденции к росту числа неполных семей в социально уязвимых слоях российского общества.

Не подлежит сомнению также и тот факт, что одним из самых значительных факторов в этиологии нервных и душевных заболеваний является наследственность. К. Kendler и соавт. (1985), в частности,

установили, что для родственников первой степени родства риск развития психопатологии в 18 раз является более высоким, чем в общей популяции, а по данным В.Е. Голимбета (2013) основные психологические черты на 40-60% человеком наследуются от родителей, а интеллектуальные способности - на 60-80% [27].

По нашим данным у психически больных лиц отягощение семейного анамнеза неблагоприятной наследственностью наблюдается в каждом третьем случае (34,8%; 95% ДИ 30,1-39,8), в то время как у здоровых – лишь в каждом десятом (10,3%; 95% ДИ 7,7-13,6) (рис. 3).



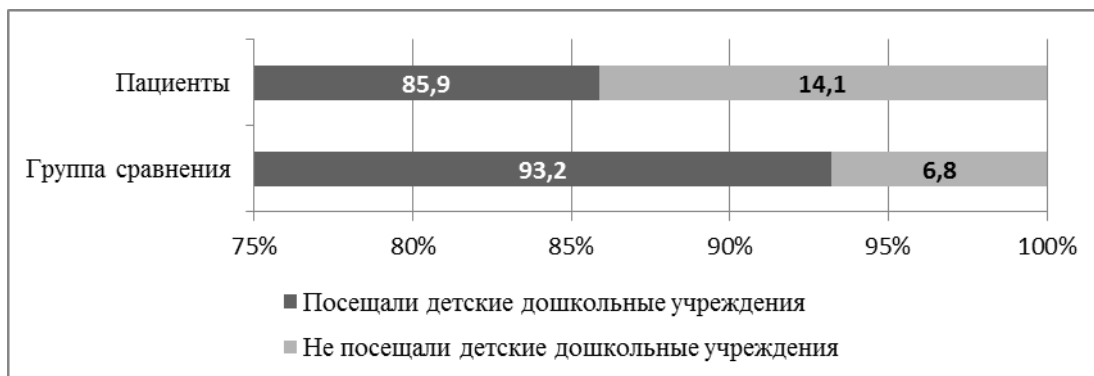
Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 66,93$; $p < 0,001$.

Рис. 3. Сравнительный анализ отягощенности семейного анамнеза в группах потребителей психиатрических услуг, (%)

Относительные шансы пациентов иметь отягощенный семейный анамнез оказались почти в 5 раз выше, чем у здоровых (95% ДИ: 3,2–6,9).

Формирование социально одобряемых образцов поведения, ценностей, необходимых для успешного функционирования в обществе происходит в процессе первичной социализации. Наиболее важными агентами социализации наряду с семьей являются детские дошкольные учреждения. Здесь ребенок получает первичные сведения об обществе, его ценностях и нормах. Их непосещение в детстве отрицательно сказывается на формировании необходимых социальных знаний, умений и навыков. Нами установлено, что у 14,1% (95% ДИ 10,9-18,1) психически больных лиц агентами первичной социализации явились исключительно близкие

родственники, тогда как в группе здоровых таких было существенно меньше (6,8%; 95% ДИ 4,7-9,7). Для первых относительные шансы не посещать в детстве дошкольные учреждения повышаются в 2,3 раза (95% ДИ: 1,4–3,7) (рис. 4).



Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 11,23$; $p = 0,001$.

Рис. 4. Распределение групп потребителей психиатрических услуг по посещению ими в детстве дошкольных учреждений, (%)

Совершенно ясно, что состояние психического здоровья членов семьи и сам факт ее существования находятся в тесной взаимосвязи и взаимообусловленности. Нарушения в психическом здоровье могут являться непреодолимым препятствием для создания семьи, а также причиной ее распада. Учеными доказано, что значительная часть психически больных россиян обнаруживает ослабление или полную утрату способностей к социальному восстановлению, как в семейной, так и в профессиональной сферах жизнедеятельности [11,120,121,136,138]. Результаты проведенного нами сравнительного анализа подтверждают выявленную другими исследователями зависимость: доля разведенных среди мужчин и женщин - пациентов, является более высокой в сравнении со здоровыми (28,5% против 19,2% среди мужчин и 30,9% против 25,9% среди женщин) (табл. 10). В то же время заслуживает определенного внимания тот факт, что все без исключения обследованные нами пациенты в течение жизни состояли в браке. Напротив, О.В. Лиманкин, А.А. Бессонова и ряд других авторов [11,70,87,121,123,138] доказывают невозможность для значительного числа

психически больных лиц создания семьи в течение жизни. Полученное нами расхождение, вероятно, объясняется особенностями сформированной нами выборочной совокупности, образованной респондентами с достаточным уровнем интеллекта (IQ не менее 70)

Таблица 10

Сравнительный анализ семейного статуса пациентов и группы сравнения,
(в %; 95% ДИ)

Семейный статус	Пол*	Пациенты	Группа сравнения	Достоверность (всего)
Женаты / замужем	Мужчины	36,8 (30,0–44,0)	41,9 (35,5–48,6)	$\chi^2=14,95$; $p < 0,001$
	Женщины	33,1 (26,2–40,6)	32,9 (25,9–40,6)	
Сожительство / незарегистрированный брак	Мужчины	29,0 (22,7–36,0)	26,2 (20,6–32,4)	
	Женщины	30,3 (23,6–37,7)	31,2 (24,3–38,7)	
В разводе	Мужчины	28,5 (22,2–35,4)	19,2 (14,3–24,9)	
	Женщины	30,9 (24,1–38,3)	25,9 (19,5–33,1)	
Вдовец / вдова	Мужчины	5,7 (2,9–10,0)	12,7 (8,6–17,7)	
	Женщины	5,7 (2,8–10,3)	10,0 (5,9–15,5)	

Примечание*: тест Хи-квадрат Пирсона (мужчины): $p < 0,001$; (женщины): $p < 0,001$.

Семьи пациентов и здоровых лиц существенно различаются между собой по отсутствию или наличию в них детей (табл. 11). Так, среди опрошенных нами психически больных лиц доля детных семей значимо больше (79,1%; 95% ДИ 75,2–83,4 против 56,9%; 95% ДИ 52,0–61,7). Среди них также значимо выше и доля многодетных семей (13,1% против 5,3%). Относительные шансы пациентов иметь детей в сравнении со здоровыми выше в 2,9 раза (95% ДИ: 2,1–3,9).

Таблица 11

Сравнительный анализ семей пациентов и группы сравнения в зависимости
от наличия в них детей, (в %; 95% ДИ)

Количество детей в семье*	Пациенты	Группа сравнения
Нет детей	20,9 (16,9–25,4)	43,1 (38,2–48,1)
Один ребенок	52,7 (47,5–57,9)	40,6 (35,7–45,6)
Два ребенка	13,3 (10,0–17,2)	11,0 (8,1–14,5)
Три ребенка	13,1 (9,8–16,9)	5,3 (3,3–7,9)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2=45,29$; $p < 0,001$.

Важным фактором устойчивого и длительного существования семьи являются хорошие отношения, складывающиеся между ее членами. Особое значение этот фактор имеет для семей, один из членов которых страдает психическим расстройством, поскольку он оказывает очень сильное влияние на течение и исход заболевания, способствуя его улучшению или ухудшению. Как и следовало ожидать, психически больные люди чаще (22,8%; 95% ДИ 18,8-27,4) сталкиваются с негативными реакциями со стороны членов своих семей по сравнению со здоровыми (4,3%; 95% ДИ 2,7-6,7) ($\chi^2=57,7$; $p<0,001$). Они также чаще испытывают в своей семье отчуждение ее членов, подвергаясь психо-эмоциональной изоляции (39,9%; 95% ДИ 35,1-45,0 против 9,3%; 95% ДИ 6,8-12,5) ($\chi^2=$; $p<0,001$).

Система социальных связей человека (или социальная сеть) является еще одним фактором, определяющим характер его социального функционирования. При этом эффективное общение не ограничивается лишь узким семейным кругом. Наиболее оптимальной является такая социальная сеть, которая включает лиц, близко контактирующих с больным человеком и оказывающих ему материальную и эмоциональную поддержку. Это особенно важно для лиц, не имеющих близких родственников или не поддерживающих с ними отношений [49]. Социальные связи и социальная поддержка являются также важными факторами, способствующими преодолению стрессов, которыми насыщена жизнь современного человека. Однако, как свидетельствуют наши данные и результаты других исследователей

[45,70,87,121,136,138,192,206], социальная сеть психически больных, как правило, является весьма истощенной. Так, дефицит общения испытывает каждый пятый (20,1%; 95% ДИ 16,3-24,5) психически больной человек при полном отсутствии недостатка в социальных контактах в группе здоровых лиц (0,0%; 95% ДИ 0,0-1,0) ($\chi^2=88,8$; $p<0,001$).

Важными персональными характеристиками человека, обладающими определяющим влиянием на здоровье и характер потребления медицинских услуг, являются образование и занятость. Образование находится в тесной взаимосвязи и взаимообусловленности с культурой поведения человека в отношении здоровья и стиля жизни. Уровни образования обуславливают формирование градиента в показателях здоровья [81,136]. Это связано с тем, что высший уровень образования способствует осознанному отношению к здоровью и, как следствие, формированию самосохранительного поведения и медицинской активности. В результате люди с высоким образованием имеют больше шансов сохранить свое здоровье. Результаты проведенного нами сравнительного анализа свидетельствуют о том, что образовательный статус пациентов и психически здоровых лиц значительно отличается между собой, в основном за счет преобладания в первой группе лиц со средним специальным образованием (51,4% против 16,5%) (табл. 12).

Таблица 12

Сравнительный анализ образовательного статуса пациентов и группы сравнения, (в %; 95% ДИ)

Образовательный статус*	Пациенты	Группа сравнения
Начальное среднее	6,5 (4,2–9,5)	0,0 (0,0–0,9)
Среднее полное	11,4 (8,4–15,1)	56,9 (51,9–61,8)
Среднее специальное	51,4 (46,1–56,6)	16,5 (13,0–20,6)
Незаконченное высшее	6,3 (4,0–9,2)	0,0 (0,0–0,9)
Высшее	24,4 (20,2–29,2)	26,6 (22,3–31,2)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2=146,34$; $p < 0,001$.

Напротив, среди респондентов из группы сравнения преобладают лица со средним полным образованием (56,9% и 11,4%).

С уровнем образования тесно связаны и возможности трудоустройства. Хорошее образование дает возможность выбора лучших, более безопасных условий труда, определяет род избираемой профессиональной деятельности и размер дохода. Однако при наличии нарушений в психическом здоровье возможности трудоустройства существенно сужаются. Труд, кроме получения материального вознаграждения имеет определяющее значение для формирования самооценки и социальной роли человека, особенно страдающего психическим заболеванием. И, наоборот, нестабильность трудоустройства, неуверенность в сохранении за собой рабочего места, как и безработица, оказывают разрушающее воздействие, прежде всего, на психическое здоровье, повышая риск его ухудшения. По имеющимся в научной литературе данным [51,75], наличие работы способствует существенному улучшению исходов лечения психических расстройств. Так, например, результаты лечения шизофрении жителей развивающихся стран намного благоприятнее в деревнях, где для каждого человека находится подходящая работа в условиях натурального сельского хозяйства (World Health Organization, 1979; Jablensky et al., 1992; Warner, 1994). В то же время в развитых странах лучшие исходы шизофрении наблюдаются в высших слоях общества, где уровень безработицы значительно ниже. По нашим данным, трудовой статус мужчин и женщин в группах сравнения существенно различаются между собой. Это объясняется преимущественным преобладанием в группе здоровых представителей рабочих профессий и относительно более высокой долей служащих среди пациентов (табл. 13). Статистически значимые отличия в трудовом статусе респондентов внутри групп сравнения (пациентов и контрольной группы) не выявлены ($p > 0,05$). В этой связи считаем необходимым обратить внимание на тот факт, что в социологических исследованиях, как правило, принимает участие лишь ограниченная группа лиц с определенным статусом. Поэтому обнаруженные особенности часто невозможно экстраполировать на всю популяцию.

Сравнительный анализ трудового статуса пациентов и группы сравнения,
(в %; 95% ДИ)

Трудовой статус**	Пол	Пациенты	Группа сравнения
Безработные	Мужчины	7,8 (4,4–12,5)	3,1 (1,2–6,2)
	Женщины	9,1 (5,3–14,4)	1,2 (0,1–4,2)
Рабочие	Мужчины	66,3 (59,2–72,9)	79,5 (73,7–84,5)
	Женщины	60,6 (52,9–67,9)	80,6 (73,8–86,2)
Служащие	Мужчины	19,7 (14,3–26,0)	14,4 (10,1–19,6)
	Женщины	26,3 (19,9–33,5)	15,3 (10,2–21,6)
Предприниматели	Мужчины	2,1 (0,6–5,2)	1,3 (0,3–3,8)
	Женщины	2,3 (0,6–5,7)	1,2 (0,1–4,2)
Пенсионеры	Мужчины	4,1 (1,8–8,0)	1,7 (0,5–4,4)
	Женщины	1,7 (0,4–4,9)	1,7 (0,4–5,1)

Примечание: * тест Хи-квадрат Пирсона (мужчины): $p = 0,025$; (женщины): $p < 0,001$.

**Анализ взаимного влияния социально–демографических факторов,
предположительно предопределяющих статус респондента**

Из результатов исследования следует, что на психический статус человека могут оказывать влияние тип родительской семьи, семейный анамнез (наличие в семье психически больных лиц), а также особенности его первичной социализации. Для оценки степени взаимного влияния всех анализируемых параметров нами была выполнена процедура логистического регрессионного анализа (табл. 14).

Анализ предикторов, включенных в модель, позволил выявить статистически значимое влияние на психический статус типа родительской семьи и отягощенность семейного анамнеза. При воспитании в неполной семье относительные шансы возникновения нарушений в психическом здоровье возрастают в 3,1 раза, а при наличии в семье психически больных родственников повышает в 3,8 раза. Остальные предикторы на психический статус не оказывают статистически значимого влияния.

Таблица 14

Результаты логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния ряда факторов на психический статус респондента (последний шаг).

Зависимая переменная:

(0) – группа сравнения	B	Wald	p	OR (95% ДИ)
(1) - пациент				

Набор предикторов:

Пол (0 – женщины, 1 – мужчины); место жительства (0 – сельские районы, 1 – города); тип родительской семьи (0 – полная, 1 – неполная); семейный анамнез (0 – неотягощен, 1 – есть психически больные родственники); особенности первичной социализации (0 – посещал детские дошкольные учреждения, 1 – не посещал детские дошкольные учреждения).

Способ включения предикторов в модель: backward elimination

тип родительской семьи	1,1	38,1	< 0,0001	3,1 (2,2 – 4,4)
семейный анамнез	1,3	42,4	< 0,0001	3,8 (2,5 – 5,60)

Примечание*: $R^2(NK) = 0,177$

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ персональных характеристик потребителей психиатрических услуг позволяет сделать следующие выводы:

Во-первых, на психическое здоровье человека влияет целый ряд статусных характеристик. Данные проведенного нами логистического регрессионного анализа свидетельствуют о том, что из всей совокупности рассмотренных нами характеристик с психическим статусом статистически значимо коррелируют лишь две из них: статус родительской семьи и наследственный статус. Учитывая тот факт, что на психический статус индивида оказывают значимое влияние лишь тип родительской семьи (полная или неполная) и неблагоприятная наследственность (наличие или отсутствие в семье психически нездоровых родственников), можно утверждать, что полученные нами данные подтверждают основные положения био-социальной модели формирования психического здоровья. Ее суть заключается в определяющем влиянии биологических (отягощенная

наследственность) и социальных (тип родительской семьи) факторов на психическое здоровье индивидов.

Во-вторых, группами риска развития психических нарушений являются дети с отягощенным семейным анамнезом, из неполных семей, воспитываемые одним из родителей или другими родственниками, а также лишенные опеки родителей. Для достижения позитивных общественных перемен в демографической ситуации и преодоления негативной тенденции к росту числа неполных семей необходимо проведение мер по формированию в обществе ценностных представлений, убеждений и поведенческих проявлений, направленных на создание, сохранение и укрепление семьи. Методом выбора для разработки и реализации превентивных здравоохраненческих программ может служить методология общественного маркетинга. Целевой аудиторией для проведения наиболее раннего воздействия на сознание индивидов следует рассматривать детей 10-14 лет и подростков 15-17 лет, особенно, из социально уязвимых слоев общества.

В-третьих, выявленные нами факторы риска, отражая биологическую (наследственную) и социальную детерминанты психического здоровья, позволяют обосновать направленность и содержание медико-социальной работы, а также определить целевые группы воздействия превентивных здравоохраненческих программ. В результате можно считать доказанным тот факт, что проведение медико-социальной работы профилактической направленности с неполными семьями и семьями психически нездоровых лиц, являясь методом выбора социализации их членов, будет препятствовать ухудшению психического здоровья не только здоровых, но и больных лиц.

4.2 Анализ индивидуальных ресурсов, обеспечивающих доступ населения к психиатрической помощи

В настоящее время проблема повышения доступности психиатрических услуг приобретает чрезвычайно высокую медицинскую и социальную значимость. Своевременное предоставление качественной

психиатрической помощи способствует достижению позитивных сдвигов в состоянии психического здоровья индивидов в каждом конкретном случае его нарушения. Роль психиатрической службы очевидна также в создании условий для обеспечения активного творческого долголетия путем предотвращения нового и прогрессирования имеющегося психопатологического процесса и нетрудоспособности, устранения душевной боли и страдания, восстановления социального функционирования и дееспособности. Поэтому оценка персональных возможностей использования психиатрических услуг и изучение неравенства в их получении психически больными и здоровыми лицами является важной научной и практической проблемой [107,169]. Актуальность ее исследования повышается еще и тем, что медицинская помощь в нашей стране в результате проводимых реформ стала для широких масс населения менее доступной, а ее получение находится в непосредственной зависимости от возможности прямых доплат из средств пациента [22,105,186].

На низкий уровень материального обеспечения психически больных граждан обращают внимание многие исследователи [71,93,134,138]. По нашим данным, почти треть (29,3%) пациентов являются малообеспеченными, то есть живут на доходы, равные величине прожиточного минимума или даже ниже его (табл. 15).

Таблица 15

Характеристика потребителей психиатрических услуг по уровню доходов и их динамике за последний год (в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Группа сравнения
Доходы*	Ниже прожиточного минимума	29,3 (24,7–34,3)	6,5 (4,3–9,4)
	Выше прожиточного минимума	70,7 (65,7–75,3)	93,5 (90,6–95,7)
Динамика доходов за последний год**	Уменьшение	79,9 (75,5–83,7)	16,8 (13,4–20,8)
	Увеличение	3,8 (2,3–6,3)	0,0 (0,0–1,0)
	Без изменений	16,3 (12,9–20,4)	83,2 (79,2–86,6)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: * $\chi^2 = 69,21$; $p < 0,001$; ** $\chi^2 = 344,78$; $p < 0,001$.

В группе сравнения доходы, соответствующие состоянию абсолютной бедности, имеет лишь каждый двадцатый (6,5%).

В сравнении со здоровыми относительные шансы пациентов иметь доходы меньше величины прожиточного минимума выше в 6,0 раз (95% ДИ: 3,8–9,4).

В отношении психически больных лиц нами был рассчитан их медианный доход в зависимости от социального статуса (табл. 16).

Таблица 16

Медианный доход психически больных лиц в зависимости от социального статуса, (тыс. руб. / мес.)

Социальный статус	Медианный доход	25-й перцентиль	75-й перцентиль
Предприниматель	30,5	21,75	38,75
Служащий	18,0	16,0	24,0
Рабочий	18,0	14,0	24,25
Пенсионер	12,0	12,0	14,0
Безработный	6,0	0,0	8,0
Всего	17,0	13,0	24,0

В серии тестов U Манна–Уитни установлено, что доход в группе безработных статистически значимо ниже ($p < 0,001$), а доход предпринимателей - статистически значимо выше, чем во всех остальных группах. Доходы служащих и пенсионеров, в целом, статистически значимо не отличаются ($p > 0,05$).

Также нами были рассчитаны медианные доходы психически больных лиц в зависимости от диагноза (табл. 17).

Таблица 17

Медианный доход психически больных лиц в зависимости от диагностической группы (тыс. руб. / мес.)

Диагностическая группа	Медианный доход	25-й перцентиль	75-й перцентиль
F 00	15,0	10,0	18,0
F 20	14,0	10,0	16,0
F 40	19,0	15,0	27,0

В серии тестов U Манна–Уитни установлено, что доход в группе F 40 статистически значимо выше ($p < 0,001$) в сравнении с другими группами, а доходы группы F 00 и F 20 статистически значимо не отличаются ($p > 0,05$).

В течение года, предшествовавшего исследованию, на фоне увеличения общего благосостояния населения Вологодской области [91] материальное благополучие пациентов имело выраженную отрицательную динамику (табл. 15). Размер денежных доходов у большинства (79,9%) из них уменьшился, в то время как в группе здоровых сокращение доходов коснулось лишь небольшой части (16,8%) граждан. Относительные шансы пациентов ухудшить свое материальное положение за прошедший год в сравнении с психически здоровыми лицами оказались выше в 19,7 раз (95% ДИ: 13,7–28,4).

Наряду с размером доходов важным фактором, определяющим персональные ресурсы индивидов, являются условия их проживания. По нашим данным, жилищные условия пациентов и группы сравнения существенно различаются между собой (табл. 18).

Таблица 18

Сравнительный анализ жилищных условий в группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

	Признак	Пациенты	Группа сравнения
Жилищные условия*	Отдельная квартира	72,9 (68,0–77,3)	91,7 (88,6–94,1)
	Коммунальная квартира	16,8 (13,4–21,0)	0,0 (0,0–1,0)
	Комната в общежитии	10,3 (7,6–13,9)	8,3 (6,0–11,4)
Соблюдение нормы жилой площади (18 кв. м. / чел.)**	Есть	17,1 (13,6–21,3)	29,8 (25,6–34,5)
	Нет	82,9 (78,7–86,4)	70,2 (65,5–74,5)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: * $\chi^2 = 15,85$; $p < 0,001$; ** $\chi^2 = 17,07$; $p < 0,001$.

Так, каждый четвертый (27,1%; 95% ДИ 26,0–35,3) пациент не имел отдельного жилья. В сравнении со здоровыми их относительные шансы

проживать в более худших жилищных условиях выше в 4,1 раза (95% ДИ: 2,7–6,3).

Вполне ожидаемым явился и тот факт, что занимаемая жилая площадь у подавляющего большинства (82,9%) пациентов психоневрологического диспансера оказалась не соответствующей установленной норме (18 кв. м. / чел.). В сравнении со здоровыми относительные шансы пациентов иметь жилую площадь меньше установленной нормы выше в 2,1 раза (95% ДИ: 1,5–2,9).

Стоит отметить следующую особенность. Когда мы провели сравнительный анализ медианных доходов психически больных лиц и их жилищных условий, оказалось, что они не взаимосвязаны (табл. 19).

Таблица 19

Сравнительный анализ жилищных условий и медианных доходов в группе психически больных, (в %; 95% ДИ)

Признак		Медианный доход (25 и 75 перцентиль)	Статистика (U-тест Манна-Уитни)
Жилищные условия	Отдельная квартира	17,0 (13,0 – 24,0)	p > 0,05
	Коммунальная квартира / общежитие	17,0 (12,0 – 24,0)	
Соблюдение нормы жилой площади (18 кв. м. / чел.)	Есть	17,0 (15,0 – 24,0)	p > 0,05
	Нет	17,0 (12,0 – 23,5)	

Проводимые в течение последних 20 лет в стране экономические реформы значительно ухудшили материальное положение социально слабых слоев российского общества. Особенно в уязвимом положении оказались лица, имеющие разную степень выраженности нарушений в психическом здоровье. Наличие объективных трудностей в сохранении рабочего места и поисках новой работы в условиях трансформационной экономики усиливают нестабильность их трудовой занятости. Размер доходов, условия проживания и, как следствие, качество жизни, в целом, во многом определяются возможностями участия индивидов в общественно-полезном труде. У

представителей разных социальных групп они существенно различаются между собой. Так, например, ресурсы занятости и трудоустройства у психически больных лиц являются весьма ограниченными. Как и следовало ожидать, среди пациентов доля безработных (8,4%) граждан является значимо большей в сравнении с группой сравнения (2,3%) (табл. 20).

Таблица 20

**Сравнительный анализ трудового статуса в группах потребителей
психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)**

Трудовой статус	Пациенты	Группа сравнения
Работающие	91,6 (88,3–94,2)	97,7 (95,8–99,0)
Безработные	8,4 (5,8–11,7)	2,3 (1,0–4,2)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 15,01$; $p < 0,001$.

В сравнении со здоровыми относительные шансы пациентов быть безработными выше в 4,0 раза (95% ДИ: 1,9–8,5).

В настоящее время поиском лучших условий и оплаты труда заняты практически все работающие граждане. При этом психически больные лица испытывают больше трудностей не только в поисках рабочего места, но и его сохранении (табл. 21). В сравнении со здоровыми относительные шансы пациентов сменить за 5 лет работу хотя бы один раз выше в 2,0 раза (95% ДИ: 1,5–2,8).

Таблица 21

**Сравнительный анализ частоты изменения места работы за последние 5 лет в
группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)**

Частота смены работы	Пациенты	Группа сравнения
1 раз	6,5 (4,4–9,5)	19,8 (16,2–24,0)
2-4 раза	16,6 (13,1–20,7)	6,8 (4,7–9,7)
5 раз и более	13,0 (10,0–16,9)	0,0 (0,0–1,0)
Без изменений	63,9 (58,8–68,6)	73,4 (67,9–77,5)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 95,78$; $p < 0,001$.

Для выявления взаимосвязи между социальным статусом пациентов и стабильностью их трудовой занятости мы сравнили частоту смены места работы в отдельных социальных подгруппах: рабочих, служащих и безработных (табл. 22).

Таблица 22

Сравнительный анализ частоты изменения места работы за последние 5 лет пациентами, представителями разных социальных подгрупп,
(в %; 95% ДИ)

Частота смены работы	Безработные	Рабочие	Служащие
1 раз	48,4 (30,2–66,9)	7,3 (4,3–11,4)	1,2 (0,0–6,5)
2-4 раза	22,6 (9,6–41,1)	21,3 (16,3–27,2)	13,1 (6,7–22,2)
5 раз и более	25,8 (11,9–44,6)	10,7 (7,0–15,4)	26,2 (17,2–36,9)
Без изменений	3,2 (0,1–16,7)	60,7 (54,1–67,0)	59,5 (48,3–70,1)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $p < 0,001$.

Обращает на себя внимание высокая частота смены места работы безработными пациентами. В течение последних 5-ти лет, предшествовавших исследованию, каждый третий (36,1%) из них увольнялся или был уволен с работы хотя бы однажды. Они представляют собой особую социальную подгруппу, отличающуюся высоким риском попадания в так называемую «ловушку бедности» - состояния, которое характеризуется наличием самовоспроизводящихся механизмов стойкого поддержания низкого социального статуса индивидов [21].

Для выяснения причин увольнения мы провели их сравнительный анализ из числа сменивших место работы за последние 5 лет (табл. 23). Причины увольнения в разных социальных группах потребителей психиатрических услуг отличаются между собой. Так, среди пациентов каждый третий (31,5%) устраивался на новое место работы вследствие сложившегося в коллективе неблагоприятного психологического климата, одной из причин которого являлись постоянные конфликты с сослуживцами.

Напротив, в группе сравнения основной причиной смены места работы были плохие условия труда (52,8%).

Таблица 23

Сравнительный анализ причин изменения места работы за последние 5 лет в группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

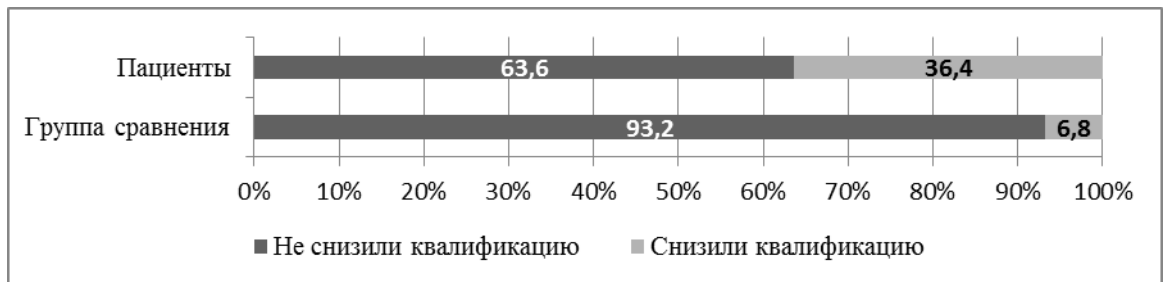
Признак	Пациенты	Группа сравнения
Сокращение штата	9,6 (5,5–15,4)	0,0 (0,0–3,4)
Низкая оплата труда	41,0 (33,2–49,2)	36,8 (27,6–46,7)
Плохие условия труда	17,9 (12,3–24,9)	52,8 (42,9–62,6)
Неблагоприятный психологический климат	31,5 (24,2–39,3)	10,4 (5,3–17,8)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 43,9$; $p < 0,001$.

Как известно, одной из причин частой смены работы и поиска нового рабочего места психически больными гражданами является наличие градиента в показателях квалификации [113]. Это объясняется тем, что между уровнем квалификации работников и возможностью сохранения ими своей трудоспособности при нарушении умственного здоровья существует тесная взаимосвязь. Так, отечественными исследователями установлено, что лица, занятые высококвалифицированным трудом, в случае возникновения психического расстройства имеют более высокий риск потери занимаемой должности [33]. При этом они обладают и определенными ресурсами для сохранения рабочего места. Наличие последних связано с возможностями выполнения работы на более низком квалификационном уровне. Психически больные лица, занятые мало- или неквалифицированным трудом, наоборот, могут достаточно долго работать на занимаемых ими должностях, однако даже при небольшом снижении квалификации они, как правило, стойко утрачивают свою трудоспособность.

Лица с нарушениями в психическом здоровье вынуждены соглашаться на выполнение менее квалифицированной работы за меньшую оплату труда. Так, в группе пациентов доля лиц, снизивших свою квалификацию за последний год, является значимо большей (36,4%, 95% ДИ: 31,7–41,5), чем в

группе здоровых (6,8% 95% ДИ: 4,7–9,7) (рис. 5). О том же свидетельствуют и результаты исследований, проведенных А.Б. Шмуклером [138], А.А. Уткиным [123], О.А. Жуковой [45].



Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 101,45$; $p < 0,001$.

Рис. 5. Сравнительный анализ снижения квалификации за последний год в группах потребителей психиатрических услуг, (%)

Наряду с трудовой занятостью важным фактором эффективного социального функционирования индивидов независимо от наличия (или отсутствия) нарушений в их психическом здоровье является характер отношений, складывающихся между работниками в процессе выполнения ими своих профессиональных обязанностей. Информация о том, что некий индивид страдает психическим расстройством или даже о том, что он когда-либо обращался к психиатру, может негативно отразиться на характере его взаимоотношений с коллегами. Подтверждением этому служит значимо большее по сравнению со здоровыми (3,6%) относительное число пациентов (30,1%), у которых отношения в коллективе так и не сложились (табл. 24). При этом доля пациентов, у которых сложившиеся отношения являются конфликтными (9,8%), значимо не отличается от таковой в группе сравнения (6,8%). Обнаруженная нами одинаковая частота возникновения конфликтных отношений с коллегами у психически больных (9,8%) и здоровых граждан (6,8%), скорее всего, объясняется тем, что конфликтные работники, являющиеся пациентами психиатрических учреждений, уже потеряли работу и находятся в настоящее время в статусе безработных.

Таблица 24

Сравнительный анализ взаимоотношений с коллегами

в группах работающих потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Группа сравнения
Хорошие	60,1 (54,6–65,5)	89,6 (86,1–92,4)
Нейтральные	30,1 (25,1–35,4)	3,6 (2,0–6,1)
Конфликтные	9,8 (6,8–13,6)	6,8 (4,5–9,8)

Примечание: тест Хи-квадрат Пирсона: $\chi^2 = 99,77$; $p < 0,001$.

В настоящее время основная идея оказания психиатрической помощи заключается в приближении услуг к пациенту, вынесения ее за границы стационаров в районы — по месту проживания [13]. Поэтому на доступность психиатрических услуг наряду с финансовыми затратами определяющее влияние оказывают и затраты временные. Для их оценки мы использовали четыре основных критерия: время доступности, график работы, запись на прием и длительность его ожидания (табл. 25).

Таблица 25

Параметры оценки пациентами организации врачебного приема,
(в %; 95% ДИ)

Время в пути	До 10 мин.	13,0 (10,0–16,9)
	От 10 мин. до 0,5 часа	51,4 (46,3–56,4)
	От 0,5 до 1 часа	35,6 (30,9–40,6)
График работы	Удобный	93,8 (90,8–95,8)
	Неудобный	6,2 (4,2–9,2)
Запись на прием	В первый день	54,9 (49,8–59,9)
	Во второй день	21,5 (17,6–26,0)
	В течение 3 – 6 дней	17,7 (14,1–21,9)
	7 дней и более	5,9 (4,0–8,9)
Время ожидания приема	До 15 мин.	36,1 (31,4–41,2)
	От 15 мин. до 0,5 часа	32,3 (27,8–37,3)
	От 0,5 до 1 часа	16,1 (12,6–20,1)
	От 1 до 2 часов	12,8 (9,7–16,6)
	2 часа и более	2,7 (1,5–4,9)

По нашим данным, затраты времени на дорогу до лечебного учреждения у большинства (64,4%) пациентов являются весьма небольшими: у 13,0% они не превышают даже 10 мин., а у 51,4% колеблются от 10 до 30

мин. Вместе с тем, 35,6% пациентов затрачивают на проезд до больницы около 1 часа.

Практически все они (93,8%) довольны графиком работы врачей. Однако только каждый второй (54,9%) пациент имеет возможность быть принятым врачом в день обращения. Еще 21,5% пациентов врачи принимают на следующий день, а 17,7% - в течение недели.

Врачебный прием чаще всего осуществляется своевременно. Время его ожидания для большинства (68,4%) пациентов является весьма непродолжительным: 36,1% - менее 15 мин., 32,3% - 30 мин. Однако для оставшихся 31,6% пациентов время ожидания приема было достаточно длительным: 16,1% - от 0,5 до 1 часа; 12,8% - от 1 до 2 часов и 2,7% - даже более 2 часов.

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ персональных ресурсов, обеспечивающих доступ к психиатрической помощи, позволяет сделать следующие выводы:

Во-первых, индивидуальные ресурсы, обеспечивающие доступ к психиатрическим услугам, у представителей разных социальных групп - психически больных и здоровых лиц, существенно различаются между собой. Одной из основных составляющих их персональных возможностей по использованию психиатрических услуг являются размер и динамика получаемых ими доходов. В группе психически больных лиц распространенность абсолютной бедности в 4,5 раза выше по сравнению со здоровыми (29,3% против 6,5%), а у подавляющего большинства (79,9%) воспринимаемый экономический статус в течение последнего года имеет отрицательную динамику (у здоровых – 16,8%).

Во-вторых, уровень доходов, доступ к рабочим местам и экономическим возможностям не одинаковы у представителей разных социальных групп и подгрупп. У психически больных граждан они являются существенно более ограниченными по сравнению со здоровыми вследствие их большей подверженности безработице (8,4% против 2,3%). Одно из

предлагаемых объяснений такого положения состоит в том, что психически больные граждане, не имея нужной квалификации из-за наличия тенденции к ее снижению (36,4% против 6,8%) чаще (более 2-х раз в год) меняют место работы (33,4% против 6,8%).

В-третьих, нарушения в психическом статусе индивидов, являясь одной из основных причин их стойкой социальной стигматизации, существенно повышают риск экономической маргинализации представителей данной социальной группы, вовлекая их в «порочный круг» постоянного снижения социального и экономического статуса, а, значит, и дальнейшего ограничения возможностей по использованию психиатрических услуг. Следствием является усиление неравенства доступа разных социальных групп к психиатрической медицинской помощи, являющейся жизненно необходимой для поддержания и восстановления не только психического, но и социального здоровья.

4.3 Сравнительная характеристика поведения, связанного со здоровьем, психически больных и здоровых лиц

Здоровье формируется и поддерживается общей совокупностью поведенческих паттернов человека, постоянно воспроизводимых им на всем протяжении его повседневной жизни. Все многообразие человеческих поведенческих проявлений объединяется общим понятием образа жизни человека и реализуется в трех основополагающих поведенческих паттернах: физиологическом, созависимым и медицинском (или гигиеническом) поведении.

Под физиологическим поведением – первой составляющей образа жизни человека, мы понимаем многоэлементный комплекс физических действий и соответствующих им физиологических реакций, являющихся отражением лишь одной части поведенческого аспекта образа жизни человека. В физиологическом поведении нами выделено два основных вида: пищевое и кинестатическое (гипо-, нормо- гипердинамия). К созависимому

поведению мы отнесли самые распространенные его виды: курительное и алкогольное. Обуславливающие здоровье поведенческие паттерны одновременно относятся как к здоровью, так и к нездоровью человека [38]. В случае своего негативного проявления они выступают в качестве больших факторов риска здоровью. В своем отрицательном аспекте именно эти вредные факторы составляют суть нездорового образа жизни, протекающего в неблагоприятных для человека условиях, созданных его собственными действиями или бездействиями.

Не меньшее значение в формировании и поддержании здоровья принадлежит второй составляющей образа жизни – медицинскому (или гигиеническому) поведению, проявляющемуся в медицинской активности индивида.

Хорошо известно, что среди двух основных составляющих физиологического поведения человека ведущее значение в сохранении и поддержании его здоровья принадлежит питанию. При этом обязательным условием является соблюдение правильного пищевого режима и употребления качественной и сбалансированной пищи [125]. К сожалению, нами установлено, что подавляющее большинство (86,7%) пациентов питается нерационально, не соблюдая ни режим питания, ни требования к сбалансированности и качеству употребляемых в пищу продуктов. Таких в группе здоровых оказалось лишь 3,3% (табл. 26).

Таблица 26

Сравнительный анализ физиологических поведенческих паттернов в группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Пищевое поведение	Рациональное	13,3 (10,2 – 17,2)	96,7 (94,5 – 98,1)	$\chi^2=542,8$; p =0,000000
	Нерациональное	86,7 (82,8 – 89,8)	3,3 (1,9 – 5,5)	
Физическое поведение (физическая активность)	Высокая	13,3 (10,2 – 17,2)	42,1 (37,4 – 47,0)	$\chi^2=150,3$; p=0,000000
	Средняя	63,3 (58,3 – 68,1)	57,9 (53,0 – 62,6)	
	Низкая	23,4 (19,3 – 28,0)	0,0 (0,0 – 1,0)	

Наши данные подтверждают результаты исследования, полученные А.Б. Шмуклером [138], изучавшим питание пациентов одного из психоневрологических диспансеров г. Москва. По приводимым ученым данным, качество последнего было явно недостаточным: в 74,6% - лишь удовлетворительным, в 13,3% - плохим и даже очень плохим. О первостепенном вкладе недостаточности питания в ухудшение здоровья свидетельствуют результаты анализа бремени болезней, проведенного ВОЗ [38]. По их данным, из-за неудовлетворительного питания происходит около 12% смертей и утрачивается до 9,6% лет жизни, включая 3,7% и 1,4% вследствие ожирения и гиподинамии. На сердечно-сосудистые болезни, злокачественные новообразования и диабет, одной из причин развития которых является некачественное питание, приходится около 30% от общего числа лет жизни, ежегодно утрачиваемых в результате инвалидности. При этом общий недостаточный характер питания, как правило, связан с его неудовлетворительным качеством [130,136].

Еще одним важным по значимости вклада в сохранение и укрепление здоровья является кинестатический поведенческий паттерн, современной особенностью которого стала повсеместно распространенная гиподинамия. Не стали исключением в этом отношении и пациенты. По нашим данным, доля физически активных лиц (13,3%) среди пациентов значимо меньше, чем среди здоровых (42,1%). Давно доказанным является тот факт, что низкая физическая активность является причиной большинства нарушений в здоровье человека. И, наоборот, регулярные физические упражнения, благотворно влияя на центральную нервную систему и обмен веществ, способствуют существенному повышению потенциала его физического и психического здоровья. По данным экспертов ВОЗ [38], успешная борьба с гиподинамией позволит сократить частоту ишемической болезни сердца на 15-39%, инсульта – на 33%, гипертензии – на 12% и диабета – на 12-35%. С уровнем физической активности человека тесно связаны и сроки восстановления утраченного здоровья, и как следствие, объем потребляемых

им медицинских услуг. Так, у физически активных людей число дней пребывания в стационаре значительно ниже (на 23-36%), чем у неактивных [38].

Большой вклад в бремя нездоровья вносят курение и алкоголь [66]. Никотин, как и любое другое наркотическое и/или токсическое вещество, в первую очередь, оказывает пагубное влияние на головной мозг и очень быстро вызывает отчётливое нарушение его функций. По нашим данным, распространённость курения среди потребителей психиатрических услуг является очень высокой, достигая 88,1% (95% ДИ 85,5-90,1). Табачной зависимости одинаково подвержены как психически нездоровые (89,4%), так и здоровые (86,7%) граждане (табл. 27).

Таблица 27

Сравнительный анализ паттернов созависимого поведения в группах потребителей психиатрических услуг (в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Курительное поведение	Не курит	10,6 (7,9 – 14,2)	13,3 (10,3 – 17,0)	$\chi^2=1,31$; $p=0,25$
	курит	89,4 (85,8 – 92,2)	86,7 (83,0 – 89,7)	
Алкогольное поведение	По праздникам	33,2 (28,5 – 38,1)	73,4 (68,9 – 77,5)	$\chi^2=137,9$; $p=0,000001$
	1-2 раза в месяц	43,5 (38,5 – 48,6)	16,8 (13,4 – 20,8)	
	1-2 раза в неделю	16,8 (13,4 – 21,0)	3,5 (2,1 – 5,8)	

Полученные нами данные подтверждают тот факт, что в последние годы курительное поведение трансформировалось в особый тип маргинального поведения, и никаких признаков сокращения масштабов этого явления в мире не наблюдается. Вместе с тем, по данным ВОЗ [38], ежегодное число смертей, обусловленных потреблением табака, достигает 1,2 млн., что составляет 14% от их общего числа. Более того, поведенческий градиент смертности от ишемической болезни сердца в 25% случаев объясняется исключительно табакокурением, а среднее число потерянных лет жизни в результате курения достигает 19-23 лет. Эксперты ВОЗ

прогнозируют дальнейшее увеличение числа смертей, обусловленных потреблением табака, обращая особое внимание на тот факт, что 70% из них произойдут в странах со средним или низким уровнем экономического развития, включая Россию [5].

Общепризнанным является тот факт, что алкогольная зависимость является причиной физического, психического и социального нездоровья как отдельных индивидов, так и социальных групп и общества в целом. По нашим данным, пациенты в большей степени склонны к систематическому употреблению алкогольных напитков (1-2 раза в неделю) в сравнении со здоровыми (16,8% и 3,5% соответственно). Причиняемый им вред далеко выходит за пределы био-психо-социального здоровья употребляющих алкоголь людей, негативно отражаясь на здоровье и благополучии их родных и знакомых [2].

Третьим из основополагающих поведенческих паттернов, определяющих содержание и характер образа жизни человека, является медицинское (или гигиеническое по определению Ю.П. Лисицына, Н.В. Полуниной [72] поведение). Его позитивный аспект складывается из ответственного отношения человека к своему здоровью, своевременного обращения за медицинской помощью и строгого выполнения всех врачебных назначений. По нашим данным, пациентам в отличие от здоровых граждан в гораздо большей степени характерна социальная пассивность и, как следствие, социальное иждивенчество. Причиной этих широко распространенных в российском обществе социальных феноменов является склонность населения к государственному патернализму из-за традиционной слабости личной инициативы при наличии сильных коллективистских тенденций и сохранении в массовом сознании преувеличенных представлений о социальной роли государства. Следствием такого положения явился тот факт, что большинство психически больных граждан (57,3%) ответственность за свое здоровье возлагают либо на государство

(33,2%), либо на медицинских работников (24,1%). Таких среди здоровых оказалось в 1,9 раза меньше (29,8%) ($\chi^2=59,1$; $p<0,001$) (табл. 28).

Таблица 28

Сравнительный анализ медицинского поведения в группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Ответственность за здоровье	Внутренняя (личная)	42,7 (37,7 – 47,8)	70,2 (65,5 – 74,5)	$\chi^2=59,1$; $p=0,000000$
	Внешняя, в т. ч.:	57,3 (52,2 – 62,3)	29,8 (25,6 – 34,5)	
	государственная	33,2 (28,5 – 38,1)	26,8 (22,7 – 31,4)	
	профессиональная	24,1 (20,1 – 28,8)	3,0 (1,7 – 5,2)	

Еще одной позитивной характеристикой гигиенического поведения является своевременность обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Она является важной предпосылкой успешности лечения, способствуя более благоприятному течению уже имеющегося у человека заболевания и предотвращению развития у него нового патологического процесса. По нашим данным, поведение психически больных граждан при возникновении нового или обострении имеющегося заболевания существенно отличается от здоровых ($\chi^2=126,7$; $p<0,001$). Для большинства (60,1%) из них свойственны явно нерациональные поведенческие проявления. При появлении болезненных симптомов 29,6% обращаются за помощью к священнослужителям, 17,1% - к целителям, 7,1% - к знакомым, а 6,3% - лечатся самостоятельно. Среди здоровых доля лиц, обращающихся за медицинской помощью к врачу несвоевременно, оказалась в 3 раза меньше (20,3%) (табл. 29). Как ни странно, наши данные о склонности психически нездоровых граждан к иррациональным способам получения медицинской помощи нашли частичное отражение в результатах исследования У.С. Москвитиной [122]. По приводимым ею сведениям 30,6% обучающихся в медицинском вузе имеют ложные (по своей природе архаические) представления о происхождении и методах лечения

психических расстройств. Так, весьма значительная их часть полагает, что психически больные должны лечиться не у психиатров, а у священников (12,8% обучающихся на 4-м и 9,4% на 5-м курсах) и даже экстрасенсов (22,1% и 10,0% соответственно). Свое мнение они аргументируют тем, что психические заболевания являются наказанием за греховное поведение (24,3% и 20,6% соответственно).

Таблица 29

Сравнительный анализ своевременного обращения за врачебной медицинской помощью в группах потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Своевременность обращения к врачу	Своевременно	39,9 (35,1–45,0)	79,7 (75,5–83,4)
	Несвоевременно, в т.ч.:	60,1 (55,0–64,9)	20,3 (16,7–24,5)
	лечатся самостоятельно	6,3 (4,2–9,2)	20,3 (16,7–24,5)
	советуются со знакомыми	7,1 (4,9–10,2)	0,0 (0,0–1,0)
	обращаются к целителям	17,1 (13,6–21,3)	0,0 (0,0–1,0)
	обращаются к священнослужителям	29,6 (25,2–34,5)	0,0 (0,0–1,0)

$\chi^2=126,7$;
 $p=0,0000$
 00

Третьей составляющей гигиенического поведения индивидов является их приверженность к лечению, проявляющаяся в строгом выполнении всех врачебных назначений. По нашим данным, среди пациентов по сравнению со здоровыми гражданами статистически значимо выше доля лиц, частично или полностью не выполняющих назначения врача (38,6% против 6,3%) ($\chi^2=142,9$; $p<0,001$). Доля пациентов, не выполняющих предписания врача в 20 раз выше, чем среди здоровых (табл. 30).

Объяснение столь низкого комплаенса психически нездоровых лиц заключается в наличии чрезвычайного множества факторов (около 250), оказывающих влияние на формирование приверженности пациентов к лечению [8].

Таблица 30

Сравнительный анализ выполнения врачебных назначений в группах
потребителей психиатрических услуг, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Группа сравнения	Достоверность
Выполнение полное	61,4 (56,4–66,2)	93,7 (90,9–95,7)	
Выполнение частичное	3,5 (2,1–6,0)	4,3 (2,7–6,7)	$\chi^2=142,9$; $p=0,000000$
Невыполнение	35,1 (30,4–40,1)	2,0 (1,0–3,9)	

Их систематизация позволила С.Н. Мосолову [9] выявить наиболее значимые объединив их в три группы факторов, связанных с медикацией пациентов, их персональными данными и характером отношений с врачами и окружающими людьми. В частности, нами установлено, что основными причинами частичного или полного отказа психиатрических больных от выполнения врачебных назначений являются: нежелание принимать лекарственные препараты (25,5%), несогласие с методами лечения (21,6%), недоверие к лечащему врачу (20,0%) и недостаток денежных средств (16,5%) (табл. 31). В общей совокупности всех причин на них пришлось 83,6% (95% ДИ 78,5-87,6).

Таблица 31

Структура причин невыполнения врачебных назначений пациентами,
(в %; 95% ДИ)

Признак	%
Недоверие к врачу	20,0 (15,6-25,3)
Несогласие с методами лечения	21,6 (17,0-27,0)
Нежелание лечиться	25,5 (20,5-31,2)
Неверие в выздоровление	10,9 (7,7–15,4)
Недостаток денежных средств	16,5 (12,4-21,5)
Непонимание методов лечения	5,5 (3,3–9,0)

Полученные нами данные хорошо согласуются со сведениями, приводимыми другими авторами [8,30,137]. Так, по результатам исследования Н.Г. Незнанова [84], частота случаев отказа от приема

препаратов в психиатрии колеблется в пределах от 11% до 80%. Даже при лечении в стационаре около 19% пациентов принимают лекарственные средства нерегулярно. А.В. Кузнецов [65] приводит сведения о широком распространении в группе психиатрических больных недоверия к лечащему врачу, достигающего 52,5%. Скорее всего, это связано с наличием серьезных недостатков, как в форме, так и в содержании общения между врачом и пациентом. Несомненно, вполне определенный вклад в формирование негативных отношений между ними вносит недостаточная медицинская информированность пациентов, что требует специального, более углубленного исследования.

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ поведенческих паттернов потребителей психиатрических услуг позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, психически больные граждане, как правило, ведут нерациональный образ жизни. Наиболее распространенными формами аддиктивного поведения среди них является нерациональное пищевое поведение (86,7%), низкая физическая активность (13,3%), табакокурение (89,4%) и систематическое употребление алкоголя (16,8%). Широкое распространение деструктивных физиологических паттернов поведения или больших факторов риска здоровью является серьезным препятствием в достижении требуемого медицинского результата - восстановления нарушенного психического здоровья.

Во-вторых, медицинская активность психически больных граждан является весьма низкой: многие не желают нести личную ответственность за свое здоровье (57,3%); несвоевременно обращаются за медицинской помощью (60,1%) и не выполняют (полностью или частично) врачебных назначений (38,6%).

В-третьих, основной причиной низкой медицинской активности психиатрических пациентов является их негативное отношение к медицине (83,8%). Оно проявляется в нежелании лечиться (25,5%), несогласии с

методами лечения (21,6%), недоверии к лечащему врачу (20,0%), неверии в выздоровление (10,9%) и непонимании методов лечения (5,5%). Лишь в 16,5% случаев препятствием для лечения послужил недостаток денежных средств. Следствием такого отношения являются активно предпринимаемые ими иррациональные поиски медицинской помощи вне пределов официальной медицины: у священнослужителей (29,6%), целителей (17,1%), знакомых (7,1%) и самих себя (6,3%).

В 4 главе дается характеристика демографического, социального и профессионального статусов психически больных граждан. Установлены биологические и социальные факторы, негативно воздействующие на формирование психического здоровья человека. Представлена характеристика индивидуальных ресурсов населения, обеспечивающих доступ к психиатрическим услугам в оценках больных и здоровых лиц. Выявлены факторы, снижающие персональные возможности использования психиатрических услуг, и, как следствие, ограничивающие личные ресурсы по поддержанию и восстановлению психического здоровья. Особое внимание уделено изучению финансовой составляющей использования психиатрических услуг, определяющей неравенство доступа к специализированной медицинской помощи отдельных социальных групп в условиях трансформационной экономики.

Рассмотрены поведенческие паттерны потребителей психиатрических услуг на основе сопоставления основных характеристик образа жизни психически здоровых и больных лиц.

ГЛАВА 5

ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛУГ

С позиций контекстуального (или организационного) подхода к изучению доступности психиатрической помощи, разработанного в рамках поведенческой модели Р. Андерсена, среда (контекст) в которой осуществляется использование психиатрических услуг, рассматривается как имеющая довольно сложную структуру [144]. Она включает в себя два блока контекстуальных факторов. Первый образуют переменные, описывающие состояние службы психиатрической помощи в обществе в целом и в районе проживания индивида, второй – параметры, связанные с провайдером [185,191,193]. При этом характеристики профессионалов–медиков и параметры их взаимодействия с пациентами признаются важнейшими среди множества других переменных, описывающих среду потребления психиатрических услуг [142].

В настоящее время исследования, посвященные анализу этой группы факторов, а именно, прямого влияния характеристик провайдера (пола, возраста, специализации и т.д.) на использование услуг здравоохранения получают все большее распространение. В частности, подтвержден результатами исследований тот факт, что различия в уровнях использования услуг здравоохранения в значительной мере могут объясняться тем, как врач принимает значимые для лечения заболеваний решения, привлекает ли пациента к выработке совместного решения или действует автономно [262].

Поэтому для более глубокого понимания процесса потребления психиатрических услуг и полноты анализа факторов, влияющих на их использование, мы специально изучили социально–профессиональные характеристики медицинских работников, условия предоставления ими психиатрических услуг и особенности поведения во взаимодействии с пациентами.

5.1 Анализ социально-профессиональных характеристик провайдеров психиатрических услуг

Здоровье является одной из основополагающих социально-профессиональных характеристик медицинских работников. В процессе повседневного осуществления профессиональной деятельности оно подвергается воздействию значительного числа вредных факторов. К ним относятся высокое нервно-психическое напряжение (59,7%), несоблюдение режима труда и отдыха (43,6%), низкая физическая активность (39,8%), нерегулярное и несбалансированное питание (38,4%), курение (9,5%), переизбыток (1,4%), излишнее употребление алкоголя (0,9%) [3]. От состояния здоровья прямо зависит качество жизни и выраженность потребности в медицинской помощи [35]. Традиционно она измеряется с помощью профессиональных (врачебных) оценок состояния здоровья и переменных, характеризующих его индивидуальное восприятие. Первые тесно связаны с объемом и видом медицинских услуг, потребляемых индивидами, уже вступившими в контакт с системой здравоохранения, вторые – помогают лучше понять, в каких ситуациях человек считает необходимым прибегнуть к медицинской помощи и непосредственно обращается в систему здравоохранения.

Изучение здоровья и образа жизни медицинских работников является особенно актуальным в связи с тем, что они представляют собой модельную в отношении сохранения и укрепления здоровья социальную группу. Для выяснения особенностей проявления этого социального феномена в психиатрии нами проведено специальное медико-социологическое исследование.

Наиболее информативным показателем здоровья является оценка потребностей с использованием результатов врачебной экспертизы («оцениваемая потребность»). По нашим данным, хроническими заболеваниями страдают менее половины (41,0%) медицинских работников

(табл. 32). При этом их распространенность у мужчин (38,7%) не отличается от таковой у женщин (41,5%). Как и следовало ожидать, частота нарушений в здоровье увеличивается с возрастом (с 3,3% в 18-29 лет до 82,2% в 60 лет и старше) и стажем работы в специальности (с 22,9% со стажем 0-9 лет до 61,4% - 30 лет и более). При этом распространенность хронической заболеваемости у врачей (35,9%) и медицинских сестер (43,5%) является статистически незначимой.

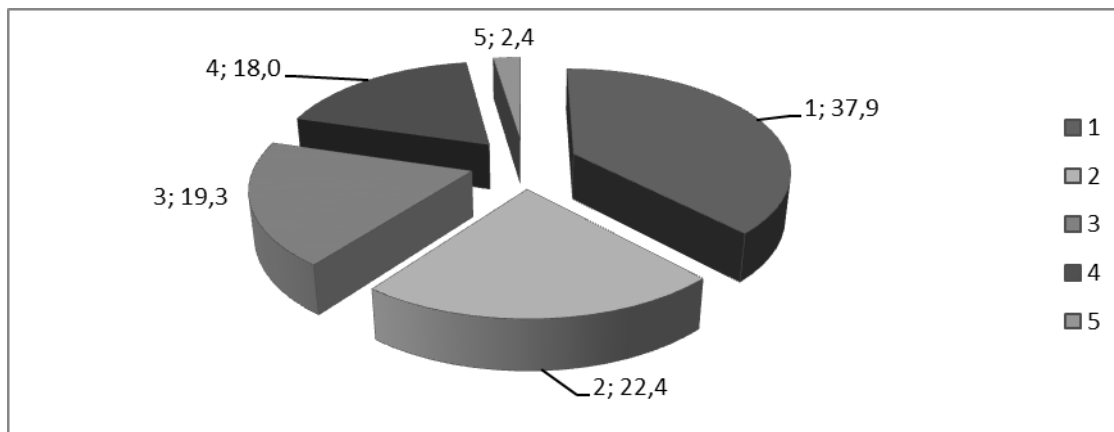
Таблица 32

Объективные оценки здоровья провайдеров психиатрических услуг,
(в %; 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Относительное число хронических заболеваний	Достоверность
Пол		
Мужской	38,7 (28,5-50,0)	$\chi^2=0,2$; p > 0,05
Женский	41,5 (36,2-47,0)	
Возраст (годы)		
18-29 лет	3,3 (9,0-11,2)	$\chi^2=107,1$; p<0,001
30-39 лет	14,8 (8,0-25,7)	
40-49 лет	39,2 (31,3-47,8)	
50-59 лет	64,6 (54,6-73,4)	
60 лет и старше	82,2 (68,7-90,7)	
Стаж (годы)		
0-9 лет	22,9 (16,2-31,2)	$\chi^2=27,7$; p<0,001
10-19 лет	44,4 (35,9-53,1)	
20-29 лет	46,8 (37,1-56,8)	
30 лет и более	61,4 (48,4-72,9)	
Специальность		
Врач	35,9 (28,2-44,4)	$\chi^2=2,1$; p > 0,05
Медицинская сестра	43,5 (37,6-49,6)	
В среднем	41,0 (36,2-45,9)	

Структура хронической заболеваемости медицинских работников в основном представлена 3 классами заболеваний: болезнями органов кровообращения (37,9%; 95% ДИ 30,8-45,6), дыхания (22,4%; 95% ДИ 16,6-

29,4) и пищеварения (19,3%; 95% ДИ 13,9-26,0). В общей совокупности хронических заболеваний на них пришлось 79,6% (95% ДИ 72,6-85,0). Оставшиеся 20,4% (95% ДИ 15,0-27,4) составили болезни костно-мышечной (18,0%; 95% ДИ 12,8-24,7) и эндокринной (2,4%; 95% ДИ 1,0-6,2) систем (рис. 6).



1 – Болезни органов кровообращения, 2 – болезни органов дыхания; 3 – болезни органов пищеварения; 4 – болезни костно-мышечной системы; 5 – болезни эндокринной системы

Рис. 6 Структура хронической заболеваемости провайдеров психиатрических услуг, (в %)

Не менее информативным показателем здоровья является самооценка индивидами своего физического и психологического состояния, отражающая «осознаваемую потребность» в получении соответствующих объемов и видов медицинских услуг. По нашим данным, воспринимаемый статус здоровья у профессионалов-медиков является весьма высоким: 28,8% оценили его как хорошее и 65,4% - как удовлетворительное. Лишь 5,8% дали своему здоровью плохую оценку (табл. 33).

При анализе динамики показателей субъективного восприятия здоровья нами обнаружены аналогичные с объективными оценками тенденции. Как и следовало ожидать, мужчины оказались более оптимистичными в восприятии своего здоровья (46,7%) по сравнению с женщинами (24,5%). С увеличением возраста и стажа работы в специальности субъективное восприятие здоровья ухудшается и, как

следствие, уменьшается доля лиц с хорошим здоровьем: с 36,1% в 18-29 лет до 11,1% в 60 лет и старше ($\chi^2=8,68$; $p<0,05$) и с 40,7% со стажем 0-9 лет до 15,8% - 30 лет и более ($\chi^2=11,0$; $p<0,005$). Среди врачей существенно больше доля лиц с позитивным восприятием своего здоровья (47,3%) по сравнению с медицинскими сестрами (19,5%), несмотря на то, что объективные оценки здоровья у них практически совпадают.

Таблица 33

Субъективные оценки здоровья провайдеров психиатрических услуг,
(в %, 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Достоверность
Пол				
Мужской	46,7 (35,8-57,8)	49,3 (38,3-60,4)	4,0 (1,4-11,1)	$\chi^2=14,5$; p=0,001
Женский	24,5 (20,1-29,5)	69,2 (63,9-74,0)	6,3 (4,1-9,5)	
Возраст (годы)				
18-29 лет	36,1 (25,2-48,6)	57,4 (44,9-69,0)	6,5 (2,6-15,7)	$\chi^2=34,9$; p<0,001
30-39 лет	52,5 (40,2-64,5)	41,0 (29,5-53,5)	6,5 (2,6-15,7)	
40-49 лет	27,7 (20,7-35,9)	69,2 (60,8-76,5)	3,1 (1,2-7,6)	
50-59 лет	18,8 (12,2-27,7)	70,8 (61,1-79,0)	10,4 (5,8-18,1)	
60 лет и старше	11,1 (4,8-23,5)	82,2 (68,7-90,7)	6,7 (2,3-17,9)	
Стаж (годы)				
0-9 лет	40,7 (32,2-49,7)	54,2 (45,3-63,0)	5,1 (2,4-10,7)	$\chi^2=16,7$; p<0,005
10-19 лет	29,0 (21,8-37,6)	63,7 (55,0-71,6)	7,3 (3,9-13,2)	
20-29 лет	20,2 (13,3-29,4)	73,4 (63,7-81,3)	6,4 (3,0-13,2)	
30 лет и более	15,8 (8,5-27,4)	75,4 (62,9-84,8)	8,8 (3,8-18,9)	
Специальность				
Врач	47,3 (39,0-55,8)	48,1 (39,7-56,6)	4,6 (2,1-9,6)	$\chi^2=33,1$; p<0,001
Медицинская сестра	19,5 (15,1-24,7)	74,1 (68,4-79,0)	6,4 (4,1-10,1)	
В среднем	28,8 (24,5-33,4)	65,4 (60,6-69,9)	5,8 (3,9-8,6)	

В настоящее время основной угрозой здоровью человека стал современный образ жизни. Он тесно связан с условиями труда и быта. Для характеристики образа жизни медицинских работников психиатрических больниц мы изучили их основные поведенческие проявления, а именно:

пищевое, кинестатическое, курительное, алкогольное и медицинское поведение. По нашим данным, большинство медицинских работников (73,5%) удовлетворены качеством своего питания (табл. 34). У большей части (64,9%; 95 %ДИ 60,0-69,4) оно рационально и сбалансировано. У оставшихся (35,1%; 95% ДИ 30,6-40,0) требуемый пищевой баланс не соблюдается в связи с преобладанием в рационе либо мясомолочных (19,1%; 95% ДИ 15,5-23,3), либо растительных (10,9%; 95% ДИ 8,2-14,4), либо, что существенно меньше, мучных (5,1%; 95% ДИ 3,3-7,7) продуктов. По нашим данным, мужчины (97,3%) более довольны качеством своего питания в сравнении с женщинами (68,2%). С возрастом качество питания медицинских работников становится лучше: доля удовлетворенных им увеличивается с 60,7% в 18-29 лет до 82,2% в 60 лет и старше. Различия статистически значимы ($\chi^2=5,7$; $p<0,05$). Аналогичные тенденции обнаруживаются и при увеличении стажа работы в специальности, однако показатели являются статистически не значимыми ($\chi^2=4,1$; $p>0,05$). О влиянии общего стажа работы на качество питания свидетельствуют результаты исследования Н.Н. Королева, выявившего значимые расхождения в соблюдении пищевого режима молодыми (32,5-47,4%) и стажированными (71,5-85,3%) специалистами-медиками [63]. У врачей (95,4%) качество питания значимо ($\chi^2=48,4$; $p<0,001$) лучше, чем у медицинских сестер (62,6%). Скорее всего, это объясняется различиями в уровнях их доходов, поскольку обеспечение хорошего питания требует расхода значительных финансовых средств.

В формировании своего рациона большинство (59,0%; 95% ДИ 54,1-63,8) медицинских работников руководствуются личными предпочтениями (53,9%; 95% ДИ 49,0-58,8) и диетическими ограничениями (5,1%; 95% ДИ 3,3-7,7). Вместе с тем, значительная их часть (41,0%; 95% ДИ 36,2-45,9) согласует свои пищевые потребности с имеющимися финансовыми возможностями. Полученные нами результаты лишь частично совпадают с данными, приводимыми С.А. Ефименко по качеству питания участковых терапевтов [43]. В частности, ею установлено, что своим питанием довольны

лишь 38,0% участковых врачей. При этом каждый второй (45,6%) из них формировал свой рацион питания с учетом имевшихся финансовых возможностей. Обнаруженные нами расхождения, скорее всего, объясняются различиями в уровнях доходов специалистов разного профиля.

Таблица 34

Показатели пищевого поведения провайдеров психиатрических услуг
(в %, 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Удовлетворенность питанием	Достоверность
Пол		
Мужской	97,3 (90,8-99,3)	$\chi^2=26,6$; $p<0,001$
Женский	68,2 (62,9-73,1)	
Возраст (годы)		
18-29 лет	60,7 (48,1-71,9)	$\chi^2=12,0$; $p<0,05$
30-39 лет	83,6 (72,4-90,8)	
40-49 лет	69,2 (60,8-76,5)	
50-59 лет	77,1 (67,7-84,4)	
60 лет и старше	82,2 (68,7-90,7)	
Стаж (годы)		
0-9 лет	67,0 (58,1-74,8)	$\chi^2=4,1$; $p>0,05$
10-19 лет	76,6 (68,4-83,2)	
20-29 лет	74,5 (64,8-82,2)	
30 лет и более	79,0 (66,7-87,5)	
Специальность		
Врач	95,4 (90,4-97,9)	$\chi^2=48,4$; $p<0,001$
Медицинская сестра	62,6 (56,6-68,2)	
В среднем	73,5 (69,0-77,7)	

При изучении кинестетического поведения медицинских работников выявлено, что для большинства из них (89,3%) характерен рациональный двигательный режим. При этом женщины статистически ($\chi^2=11,0$; $p=0,001$) чаще посещают фитнес клубы и занимаются спортом самостоятельно, делают зарядку. Как и следовало ожидать, малоподвижный образ жизни увеличивается с возрастом и стажем работы в специальности (табл. 35).

Таблица 35

Показатели физической активности провайдеров психиатрических
услуг, (в %, 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Удовлетворенность физической активностью	Достоверность
Пол		$\chi^2=11,0$;
Мужской	78,7 (68,1-86,4)	p=0,001
Женский	91,8 (88,3-94,4)	
Возраст (годы)		
18-29 лет	100,0 (94,1-100,0)	
30-39 лет	98,4 (91,3-99,7)	$\chi^2=82,4$;
40-49 лет	93,9 (88,3-96,9)	p<0,001
50-59 лет	75,0 (65,5-82,6)	
60 лет и старше	80,0 (66,2-89,1)	
Стаж (годы)		
0-9 лет	92,4 (86,1-95,9)	
10-19 лет	94,4 (88,8-97,2)	$\chi^2=19,0$;
20-29 лет	89,4 (81,5-94,1)	p<0,001
30 лет и более	71,9 (59,2-81,9)	
Специальность		
Врач	81,7 (74,2-87,4)	$\chi^2=12,0$;
Медицинская сестра	93,1 (89,4-95,6)	p=0,001
В среднем	89,3 (85,9-92,0)	

Нами установлен весьма невысокий уровень распространенности курительного поведения у провайдеров психиатрических услуг (в среднем – 32,6%), что существенно отличает ее от ситуации, сложившейся в российском обществе в целом (табл. 36). Полученные нами данные практически не отличаются от результатов других исследователей, изучавших распространенность курения в медицинской среде. Приводимые ими показатели колеблются в пределах от 18,2-25,4% у медицинских сестер [63] и 25,7% [12] до 37,5-45,8% [63] – 48% [3] у врачей.

Таблица 36

Показатели курительного поведения провайдеров психиатрических
услуг, (в %, 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Относительное число курящих	Достоверность
Пол		
Мужской	49,3 (38,3-60,4)	$\chi^2=21,7$; p<0,001
Женский	28,6 (23,9-33,8)	
Возраст (годы)		
18-29 лет	42,6 (31,0-55,1)	$\chi^2=6,3$; p>0.05
30-39 лет	37,7 (26,6-50,3)	
40-49 лет	32,3 (24,9-40,8)	
50-59 лет	25,0 (17,4-34,5)	
60 лет и старше	28,9 (17,7-43,4)	
Стаж (годы)		
0-9 лет	34,8 (26,8-43,7)	$\chi^2=1,4$; p>0.05
10-19 лет	33,9 (26,1-42,6)	
20-29 лет	27,7 (19,6-37,4)	
30 лет и более	33,3 (22,5-46,3)	
Специальность		
Врач	43,5 (35,3-52,1)	$\chi^2=10,7$; p=0,001
Медицинская сестра	27,1 (22,1-32,8)	
В среднем	32,6 (28,1-37,4)	

Частота распространения курения в психиатрии у медицинских работников мужчин и женщин не намного ниже (49,3% и 28,6% соответственно), чем в здравоохранении (мужчины – 61,1%, женщины – 32,6% [5]), и, наоборот, намного ниже (за исключением женщин), чем в стране (мужчины -75%, женщины – 21% [119]) в целом. Как и следовало ожидать, между возрастом и частотой распространения курения существует обратная зависимость: с его увеличением доля курящих уменьшается (42,6% в 18-29 лет до 28,9% в 60 лет и старше). Однако при увеличении стажа работы в специальности такая зависимость отсутствует ($\chi^2=1,4$; $p>0,05$). Среди врачей курение распространено чаще (43,5%), чем среди медицинских

сестер (27,1%), что связано с различиями в гендерном составе сравниваемых профессиональных категорий медицинских работников.

Большинство (60,1%; 95% ДИ 51,5-68,2) медицинских работников не осознает наличия у себя никотиновой зависимости, используя курение как способ снятия психоэмоционального напряжения (40,6%; 95% ДИ 32,5-49,3) и повышения настроения (19,5%; 95% ДИ 13,6-27,2). Лишь 39,9% (95% ДИ 31,8-48,5) отдают себе полный отчет в том, что у них имеется стойкая табачная зависимость.

Нами установлен так же и весьма невысокий уровень распространения употребления алкоголя (55,5%) среди медицинских работников психиатрических больниц (табл. 37).

Таблица 37

Показатели алкогольного поведения провайдеров психиатрических
услуг, (в %, 95% ДИ)

Наименование признака и его группы	Относительное число потребляющих алкоголь	Достоверность
Пол		
Мужской	65,3 (54,1-75,1)	$\chi^2=3,7$; $p=0,05$
Женский	53,1 (47,7-58,6)	
Возраст (годы)		
18-29 лет	80,3 (68,7-88,4)	$\chi^2=20,3$; $p<0,001$
30-39 лет	55,7 (43,3-67,5)	
40-49 лет	49,2 (40,8-57,7)	
50-59 лет	46,9 (37,2-56,8)	
60 лет и старше	57,8 (43,3-71,0)	
Стаж (годы)		
0-9 лет	68,6 (59,8-76,3)	$\chi^2=12,2$; $p<0,01$
10-19 лет	49,2 (40,6-57,9)	
20-29 лет	52,1 (42,2-61,9)	
30 лет и более	47,4 (35,0-60,1)	
Специальность		
Врач	66,4 (58,0-73,9)	$\chi^2=9,5$; $p<0,005$
Медицинская сестра	50,0 (44,0-56,0)	
В среднем	55,5 (50,5-60,3)	

Этот вывод мы сделали на основании сопоставления полученных данных с распространением употребления алкоголя в воинской среде (97,0%) [110]. Нами выявлена достоверная разница коррелятов употребления алкоголя между полами. Мужчины употребляют его чаще (65,3%), чем женщины (53,1%). С возрастом частота употребления спиртных напитков уменьшается (с 80,3% в 18-29 лет до 57,8% в 60 лет и старше) ($\chi^2=6,4$; $p<0,05$). Аналогичная зависимость наблюдается и при увеличении стажа работы в специальности (с 68,6% от 0 до 9 лет до 47,4% - 30 лет и более) ($\chi^2=7,4$; $p<0,01$). Среди врачей распространенность употребления алкоголя значительно выше (66,4%), чем среди медицинских сестер (50,0%), что объясняется различиями в их гендерном составе. Основными поводами для употребления алкоголя служат исключительно встречи с друзьями (61,5%; 95% ДИ 54,9-67,7) и торжества (38,5%; 95% ДИ 32,3-45,1). Значения полученных нами показателей значительно меньше приводимых Н.Н. Королевым, изучавшим распространенность употребления алкоголя у представителей молодого поколения врачей (77,6%) и медицинских сестер (81,6%).

При изучении особенностей медицинского поведения работников психиатрических больниц нами выявлено, что за медицинской помощью к своим коллегам обращаются практически все (94,4%; 95% ДИ 91,7-96,3) врачи и медицинские сестры. При этом подавляющее большинство (88,3%) лишь при серьезном ухудшении своего здоровья и очень небольшая часть (6,1%) – при незначительном. Всегда лечатся самостоятельно только 5,6% медицинских работников (табл. 38). Таких среди мужчин оказалось в 3 раза больше (12,0% против 4,1%). С возрастом доля лечащихся самостоятельно уменьшается с 13,1% в 18-29 лет до 2,1% в 50-59 лет и вновь повышается в 60 лет и старше (6,7%). С увеличением стажа работы наблюдаются аналогичные тенденции. Однако эти показатели не являются статистически значимыми. Как и следовало ожидать, среди врачей (11,5%)

распространенность самолечения выше, чем среди медицинских сестер (2,7%) ($\chi^2=18,8$; $p<0,001$).

Таблица 38

Показатели медицинского поведения провайдеров психиатрических услуг, (в %, 95% ДИ)

Обращаемость за медицинской помощью				
Наименование признака и его группы	При незначительном ухудшении здоровья	При серьёзном ухудшении здоровья	Самолечение	Достоверность
Пол				
Мужской	6,7 (2,9-14,7)	81,3 (71,1-88,5)	12,0 (6,4-21,3)	$\chi^2=7,3$; p<0,05
Женский	6,0 (3,9-9,1)	89,9 (86,1-92,8)	4,1 (2,4-6,9)	
Возраст (годы)				
18-29 лет	9,8 (4,6-19,8)	77,1 (65,1-85,8)	13,1 (6,8-23,8)	$\chi^2=14,5$; p>0,05
30-39 лет	6,6 (2,6-15,7)	85,3 (74,3-92,0)	8,1 (3,6-17,8)	
40-49 лет	5,4 (2,6-10,7)	91,5 (85,5-95,2)	3,1 (1,2-7,6)	
50-59 лет	6,2 (2,9-13,0)	91,7 (84,4-95,7)	2,1 (0,6-7,3)	
60 лет и старше	2,2 (0,4-11,6)	91,1 (79,3-96,5)	6,7 (2,3-17,9)	
Стаж (годы)				
0-9 лет	5,1 (2,4-10,7)	85,6 (78,1-90,8)	9,3 (5,3-15,9)	$\chi^2=5,1$; p>0,05
10-19 лет	7,3 (3,9-13,2)	88,7 (81,9-93,2)	4,0 (1,7-9,1)	
20-29 лет	7,5 (3,7-14,6)	89,4 (81,5-94,1)	3,1 (1,1-9,0)	
30 лет и более	7,0 (2,8-16,7)	86,0 (74,7-92,7)	7,0 (2,8-16,7)	
Специальность				
Врач	9,9 (5,9-16,2)	78,6 (70,8-84,8)	11,5 (7,1-18,0)	$\chi^2=18,8$; p<0,001
Медицинская сестра	4,2 (2,4-7,4)	93,1 (89,4-95,6)	2,7 (1,3-5,4)	
В среднем	6,1 (4,1-8,9)	88,3 (84,7-91,1)	5,6 (3,7-8,3)	

Большинство (74,8%; 95% ДИ 70,3-78,9) медицинских работников получают медицинскую помощь в государственных медицинских организациях по месту жительства (65,1%; 95% ДИ 60,3-69,7) или по месту работы (9,7%; 95% ДИ 7,1-13,0). Значительная часть (25,2%; 95% ДИ 21,2-29,7) лечится частным, неофициальным образом, обращаясь в частные

медицинские организации (8,4%; 95% ДИ 6,0-11,6), к своим коллегам (11,2%; 95% ДИ 8,5-14,7) или занимается самолечением (5,6%; 95% ДИ 3,7-8,3) . Наши данные подтверждают результаты, полученные Н.Н. Богачанской [12], изучавшей образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москва. По ее данным, 61,1% медицинских работников лечатся в поликлиниках по месту работы (44,9%) и по месту жительства (16,2%). Оставшиеся 38,9% обращаются за помощью к коллегам или лечатся самостоятельно. М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, Л.Н. Коптева приводят доказательства более широкого распространения неофициального лечения в медицинской среде. По их данным, 86,0% врачей и 68,5% медицинских сестер в случаях, не требующих госпитализации или оперативного вмешательства, лечатся самостоятельно, основываясь на собственных знаниях или знаниях своих коллег. Ученые объясняют это явление низкой удовлетворенностью качеством медицинской помощи, скептическим отношением к эффективности профилактических осмотров и относительной доступностью лекарственных средств [34].

Из всей совокупности альтернативных способов восстановления здоровья медицинские работники психиатрических больниц предпочитают использование бани (41,7%; 95% ДИ 37,0-46,7), медитативных техник (25,8%; 95% ДИ 21,6-30,2), массажа (10,4%; 95% ДИ 7,8-13,9) и дыхательной гимнастики (22,1%; 95% ДИ 18,3-26,5).

Давно установленным является факт постоянно испытываемого медицинским персоналом психиатрических больниц высокого психо-эмоционального напряжения, приводящего к быстрому истощению адаптационных механизмов [7,40,129]. У большинства (59,5%; 95% ДИ 54,6-64,3) врачей и медицинских сестер оно проявляется ухудшением настроения (34,1%; 95% ДИ 29,6-38,9), головной болью (29,8%; 95% ДИ 25,5-34,5), сонливостью и апатией (28,2%; 95 % ДИ 24,0-32,9), повышением АД (22,3%; 95% ДИ 18,6-26,8). Для их устранения практически все они (97,4%; 95% ДИ 94,5-98,8) стараются чаще общаться с родственниками, друзьями или

коллегами, используя традиционные психостимулирующие средства: табак (15,8%; 95% ДИ 11,7-21,0) и алкоголь (11,9%; 95% ДИ 8,4-16,8). Существенно реже (12,8%; 95% ДИ 9,1-17,7) они прибегают к медикаментозному устранению возникающих симптомов дизадаптации и очень немногие (8,6%; 95% ДИ 5,6-12,8) к спортивным занятиям.

В отличие от медицинских работников психиатрических больниц врачи-терапевты [43] чаще употребляют лекарственные средства (12,8% и 20,4% соответственно) и алкоголь (11,9% и 19,3% соответственно) (табл. 39).

Таблица 39

Сравнительная оценка способов преодоления стресса медицинскими
работниками психиатрической и терапевтической служб
(на 100 обследуемых)

Наименование способа	психиатрическая служба	терапевтическая служба[43]
Общение с друзьями, родственниками и коллегами	97,4	56,7
Употребление лекарственных средств	12,8	20,4
Употребление алкогольных напитков	11,9	19,3
Курение табака	15,8	17,3
Занятие спортом	8,6	10,0

Весьма интересными являются полученные нами данные о методах повышения мотивации медицинских работников к сохранению и укреплению здоровья. Большинство (62,9%; 95% ДИ 58,0-67,5) из них стало бы прилагать в этом направлении определенные усилия при наличии программ материального стимулирования. Этот факт свидетельствует о том, что для медицинских работников, как и для населения в целом, здоровье является не феноменальной, а лишь инструментальной ценностью, представляя собой способ достижения других целей. Подтверждением сделанного нами вывода служит тот факт, что среди насущных проблем жизнеобеспечения, требующих своего первоочередного решения, главными для медицинских работников являются семейная (75,6%; 95% ДИ 71,1-79,6) и жилищная (52,2%; 95% ДИ 47,2-57,1) неустроенность. Существенно меньшее значение

для них имеет ведение здорового образа жизни: повышение физической активности (36,1%; 95% ДИ 31,5-41,0) и улучшение качества питания (27,7%; 95% ДИ 23,5-32,4).

Таким образом, проведенный нами анализ социально–профессиональных характеристик медицинских работников психиатрических больниц позволяет сделать следующие выводы:

Во-первых, с позиций объективного и субъективного подходов к оценке здоровья персонал психиатрических учреждений может быть отнесен к модельной в отношении сохранения и укрепления здоровья социальной группе. У 41% из них имеются хронические заболевания при высоко осознаваемом статусе здоровья: хорошим (28,8%) и удовлетворительным (65,4%). В динамике объективные и субъективные оценки здоровья подвержены одинаковому влиянию биологических (пол, возраст) и социальных (стаж, специальность) факторов, что свидетельствует об объективности данных ими персональными оценкам различных параметров своего здоровья.

Во-вторых, образ жизни медицинских работников психиатрических больниц является весьма рациональным. Он характеризуется хорошим качеством питания (73,5%), двигательной активностью (89,3%), относительно невысокой распространенностью курения (32,6%) и употребления алкоголя (55,5%). Этим объясняется тот факт, что из всей совокупности насущных проблем жизнеобеспечения необходимость оптимизации образа жизни не является для них первоочередной задачей. Гораздо большее значение имеет решение семейных и жилищных проблем.

В-третьих, следствием относительно хорошего здоровья и ведения рационального образа жизни является невысокая потребность медицинских работников психиатрических больниц в медицинской помощи. Подавляющее большинство (88,3%) официально обращается в медицинские учреждения лишь в случае серьезного ухудшения здоровья. Каждый четвертый (25,2%) при возникновении заболевания старается использовать имеющиеся

корпоративные возможности по получению медицинской помощи без существенных материальных и временных затрат. Более половины (62,9%) станут еще больше заботиться о своем здоровье при использовании руководством больниц методов экономического стимулирования.

5.2 Удовлетворенность медицинским трудом в психиатрии и факторы его определяющие

Необходимость обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью требует существенного повышения эффективности трудовой деятельности медицинского персонала здравоохранения. Строгий административный контроль и использование лишь одних традиционных форм материального стимулирования не в состоянии обеспечить удовлетворенность медицинских работников своим трудом и, как следствие, длительное поддержание у них профессионального интереса к выполняемой работе и приверженность к медицинской организации.

Под удовлетворенностью трудом понимается совокупность психологических установок по отношению к трудовой деятельности, осуществляемой работником в организации [14]. Особо важное значение в ее формировании имеют оплата и условия труда. Ст. 129 ТК РФ определяет оплату труда как вознаграждение за труд, которое зависит от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, включая компенсационные и стимулирующие выплаты. Под условиями труда понимается совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника [86]. Однако в процессе профессиональной адаптации и самоидентификации на формирование удовлетворенности трудом не меньшее влияние оказывает трудовая мотивация как процесс выбора профессии, модели профессиональной активности и обоснования участия человека в трудовой деятельности.

Для более глубокого понимания проблемы формирования удовлетворенности трудом наряду с методологическими подходами социологии медицины необходимо использование теоретико-концептуальных построений других общественных дисциплин, в частности, теории управления и социологии труда. Согласно содержательной теории мотивации А. Маслоу, оплата и условия труда обеспечивают удовлетворение потребностей лишь первого (физиологические потребности) и второго (безопасность) уровней. Реализация потребностей третьего (любовь, дружба, общение), четвертого (самоуважение, одобрение обществом) и пятого (самоактуализация, раскрытие творческого потенциала личности) уровней определяется характером отношений, складывающихся между всеми участниками трудового процесса [39], и зависит от эффективности управления им.

Теория потребностей А. Маслоу свое дальнейшее развитие получила в двухфакторной модели мотивации Ф. Герцберга [127], основным понятием которой стала удовлетворенность работника трудом. По Ф. Герцбергу, на удовлетворенность работой оказывают влияние две группы факторов. Первая группа – гигиенические факторы, включающие оплату и условия труда, его организацию, режим работы, обеспеченность льготами и жильем. Они направлены на удовлетворение физиологических потребностей. Вторая группа – мотивирующие факторы, включающие содержание труда, возможности продвижения по службе и повышения квалификации. Они направлены на удовлетворение социальных потребностей. В своей совокупности обе группы факторов определяют удовлетворенность работника трудом.

Дополняет представление о факторах формирования удовлетворенности трудом разработанная отечественным социологом В.А. Ядовым концепция отношения человека к труду. Согласно данной теории на отношение к труду оказывают влияние три группы факторов: содержание общественного сознания, функциональные особенности конкретного вида

труда и специфика социально обусловленной структуры личности работника. Неэффективность профессионального поведения возникает вследствие неудовлетворенности работника трудом, которую ученый объясняет наличием противоречий между его социальными установками и личными интересами и ценностями. При этом ценностные установки, выступая мотивами действий человека, оказывают определяющее влияние на его профессиональное поведение.

Труд медицинских работников, являясь особо ответственным видом профессиональной деятельности, характеризуется большими физическими нагрузками и высоким психо-эмоциональным напряжением. По нашим данным, только 40,2% (95% ДИ 35,4-45,1) медицинских работников удовлетворены своей работой. М.О. Гребенюк [29] приводит чуть более высокие (52,0%) показатели удовлетворенности трудом медицинских работников Волгоградской области и Краснодарского края.

Как и следовало ожидать, основной причиной неудовлетворенности является низкая оплата труда (63,4%; 95% ДИ 58,5-68,0) и неэффективная система материального стимулирования (30,3%; 95% ДИ 26,0-35,0). Не менее важное значение имеют недостаточные государственные социальные гарантии (40,0%; 95% ДИ 35,2-44,9) и неудовлетворительная правовая защита (24,7%; 95% ДИ 20,7-29,2), а также плохие условия труда (33,8%; 95% ДИ 29,3-38,7). Существенно меньшее значение имеют низкая материально-техническая оснащенность труда (10,7%; 95% ДИ 8,0-14,1) и недостатки в его организации (6,4%; 95% ДИ 4,4-9,2). Определенный негативный вклад в формирование удовлетворенности вносят негармоничные отношения с руководством (9,4%; 95% ДИ 6,9-12,7) и коллегами (1,8%; 95% ДИ 0,9-3,6), а также ограниченные возможности профессионального роста (9,2%; 95% ДИ 6,7-12,4) (рис. 7).

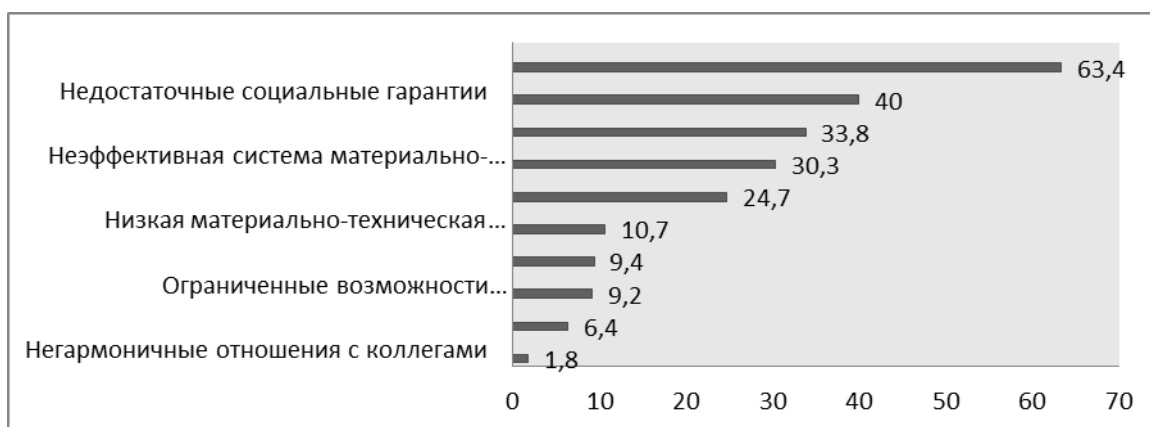


Рис. 7 Факторы, негативно влияющие на удовлетворенность трудом медицинских работников, (на 100 обследуемых)

Наши данные практически совпали с результатами исследования О.В. Фурсик, согласно которым ведущими факторами неудовлетворенности трудом врачей анестезиологов-реаниматологов г. Волгограда являлись неэффективная система материального вознаграждения (69,5%), плохие условия труда (58,7%), неадекватный стиль руководства (52,1%), ограниченные возможности профессионального роста (39,1%) и низкий статус медицинской организации (34,8%) [129]. В частности, на наличие сложностей в профессиональном росте молодых специалистов-медиков обращает внимание Н.Н. Королев [63]. По его данным, для 42,6% врачей и 51,2% медицинских сестер Липецкой области возможности профессионального роста являются ограниченными, а для 22,9% врачей и 14,8% медицинских сестер они вообще отсутствуют.

Согласно теории Ф. Герцберга первым по важности гигиеническим фактором, влияющим на формирование удовлетворенности профессиональной деятельностью, является оплата труда. Учитывая тот факт, что большинство (63,4%) медицинских работников не довольны оплатой труда, мы поинтересовались ее фактическим размером. По нашим данным, оплата труда врачей на момент исследования в среднем составляла 30 тыс. руб., медицинских сестер – 14 тыс. руб. и, по их мнению, должна быть увеличена вдвое (до 60-70 тыс. руб. и 25-30 тыс. руб. соответственно). По данным официальной статистики, средний размер оплаты труда

медицинских работников Вологодской области в 2012 г. был равен 14 765 руб. (в том числе: врачей – 28 790 руб., медицинских сестер – 14 526 руб., младшего медицинского персонала – 6 808 руб.) [96] и был на 37,4% ниже среднего размера оплаты труда в регионе (20 280 руб.) [24].

На традиционно низкий размер оплаты труда в здравоохранении обращают внимание многие отечественные специалисты [17,29,39,48,69,94]. Так, по данным М.О. Гребенюк [29], Е.В. Приз [94], Г.Ю. Бударина [17], только 15% медицинских работников полностью удовлетворены оплатой своего труда, а 25% - лишь частично. Большинство же (57% [17,29,94]; 60-80% [50] и даже 82,4% [48]) не довольны существующей системой оплаты труда в здравоохранении. Так, по данным А.Д. Доники [40] величина среднедушевых доходов в семьях врачей терапевтов и хирургов г. Волгограда не превышала 1,3 прожиточного минимума, что позволило отнести их к группе лиц, живущих в относительной бедности.

Вторым по важности гигиеническим фактором, влияющим на формирование удовлетворенности профессиональной деятельностью, являются условия труда. Они характеризуются ведением большого количества медицинской документации (69,2%; 95% ДИ 64,5-73,6), жесткой регламентацией профессиональной деятельности (48,6%; 95% ДИ 43,7-53,5) и стремлением всех ее участников к установлению между собой гармоничных отношений (35,4%; 95% ДИ 30,8-40,2). Существенно меньшее значение медицинскими работниками придается наличию ограниченных возможностей профессионального роста (9,2%; 95% ДИ 6,7-12,4) и взаимодействию с непосредственными руководителями, в частности, их снисходительному к себе отношению (3,6%; 95% ДИ 2,1-5,9) и возможностям совместного отстаивания своих законных прав и интересов (0,8%; 95% ДИ 0,3-2,2) (рис. 8).

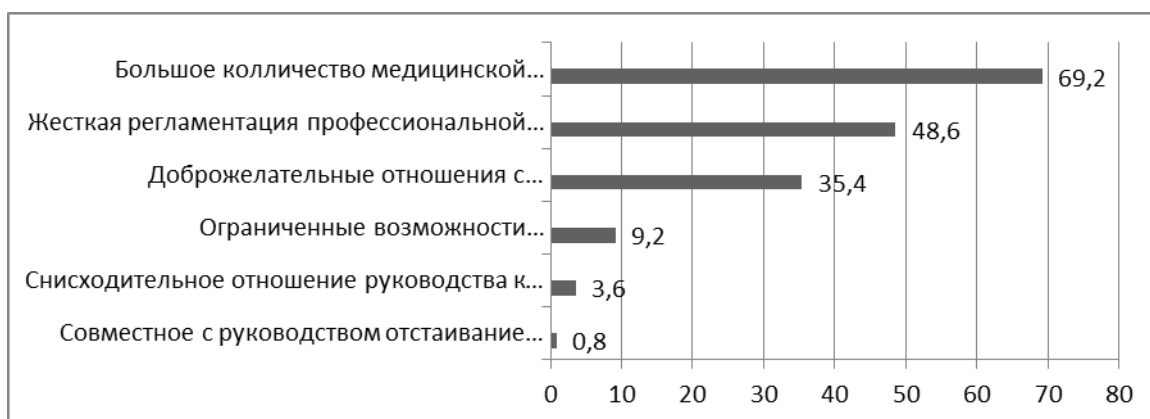


Рис. 8 Характеристика условий медицинского труда в психиатрии (в оценках врачей и медицинских сестер), (на 100 обследуемых)

Подавляющее большинство (84,0%; 95% ДИ 80,0-87,3) медицинских работников довольны организацией труда: 46,1% (95% ДИ 41,2-51,0) – полностью и 37,9% (95% ДИ 33,3-42,8) – частично. Ю.И. Брове с соавт. приводит более высокие показатели удовлетворенности медицинских работников условиями труда. По сведениям ученых, ими удовлетворены 93,6% медицинских работников: полностью - 36,8% и частично – 56,8% [16].

Несомненно, что основное содержание медицинского труда заключается в осуществлении социального взаимодействия врачей и медицинских сестер с пациентами, коллегами и руководителями медицинской организации. При этом со всеми у них формируются определенные отношения. Для большей части (54,7%; 95% ДИ 49,8-59,6) осуществляемое социальное взаимодействие никогда не представляло собой какие-либо трудности. Однако у других они возникали в процессе общения с пациентами (18,1%, 95% ДИ 14,6-22,2), их законными представителями (15,8%, 95% ДИ 12,5-19,7), коллегами (30,3%; 95% ДИ 30,0-35,0) и руководителями медицинской организации (26,7%; 95% ДИ 22,6-31,3).

По нашим данным, социальное взаимодействие большинства (80,7%; 95% ДИ 76,5-84,3) медицинских работников в течение последнего года сопровождалось возникновением разного рода конфликтных ситуаций (65,7%; 95% ДИ 60,8-70,2), а у 15,0% (95% ДИ 11,8-18,9) - даже неоднократных.

Все многообразие причин обуславливающих возникновение конфликтов в медицинском коллективе А.В. Решетников [102] предлагает объединять в три группы факторов: экономические, административно-управленческие и психосоциальные. По нашим данным, к экономическим факторам (69,5%; 95% ДИ 64,7-73,8) могут быть отнесены несправедливая выплата стимулирующих надбавок к заработной плате (43,8%; 95% ДИ 38,9-48,7) и плохие условия труда (25,7%; 95% ДИ 21,6-30,2); к административно-управленческим (63,4%; 95% ДИ 58,5-68,0) - нерациональное распределение функциональных обязанностей (37,9%; 95% ДИ 33,3-42,8), неадекватный стиль руководства (21,9%; 95% ДИ 18,1-26,2) и ограниченные возможности профессионального роста (3,6%; 95% ДИ 2,1-5,9); к психосоциальным (45,8%; 95% ДИ 40,9-50,7) – наличие в коллективе склонных к конфликтам работников (26,5%; 95% ДИ 22,3-31,0) и их недостаточная профессиональная квалификация (19,3%; 95% ДИ 15,7-23,5) (рис. 9).

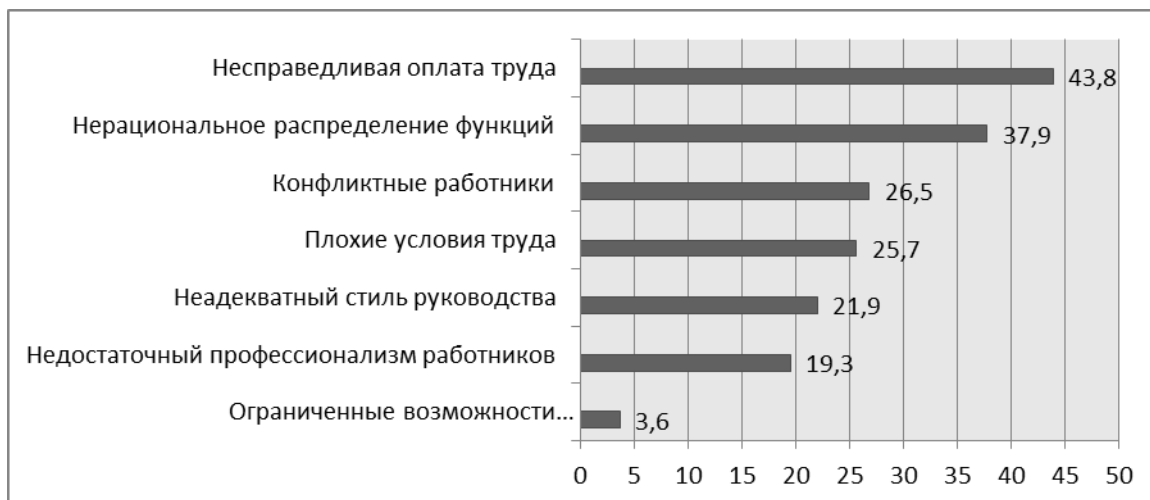


Рис. 9 Основные причины возникновения конфликтных ситуаций в медицинском коллективе, (на 100 обследуемых)

Не вызывает сомнений тот факт что психоэмоциональную напряженность медицинского труда способны существенно повысить факты предъявления необоснованных требований к медицинским работникам со стороны пациентов, коллег и руководителей медицинских организаций. Их отмечают в своей работе практически все (99,0%; 95% ДИ 97,4-99,6) врачи и

медицинские сестры: большинство (69,5%; 95% ДИ 64,7-73,8) - редко, однако каждый третий (29,5%; 95% ДИ 25,2-34,2) - часто.

Совершенно ясно, что определенное влияние на формирование отношений в коллективе оказывает также частота и характер возникающих в нем неформальных связей. По нашим данным, подавляющее большинство (81,7%; 95% ДИ 77,6-85,2) медицинских работников поддерживает между собой дружеские отношения. При выяснении их влияния на качество медицинского труда нами выявлены диаметрально противоположные взгляды. Чуть менее половины (44,0%; 95% ДИ 39,2-49,0) медицинских работников считают, что наличие друзей никак не отражается на качестве их работы. Большая же часть (56,0%; 95% ДИ 51,0-60,8) утверждает обратное. При этом одни (29,3%; 95% ДИ 25,0-33,9) отмечают положительное влияние, другие (26,7%; 95% ДИ 22,6-31,3) - отрицательное.

О характере складывающихся в коллективе межличностных отношений позволяет судить и частота совместного празднования торжественных событий в жизни каждого из его членов. Практически все (92,6%; 95% ДИ 89,6-94,8) медицинские работники принимают участие в таких мероприятиях: 43,7% (95% ДИ 38,9-48,7) – часто и 48,9% (95% ДИ 44,0-53,8) - редко. И лишь весьма небольшая их часть (7,4%; 95% ДИ 5,2-10,4) не участвует в неформальной жизни трудового коллектива.

Учитывая тот факт, что негармоничные отношения с руководством медицинской организации являются не только одной из причин (9,3%) неудовлетворенности медицинских работников своим трудом, но и конфликтов в коллективе (21,9%), мы специально изучили факторы, их определяющие. По нашим данным, представители руководства психиатрических больниц в своей работе одинаково часто используют два наиболее известных управленческих стиля: демократический (45,6%; 95% ДИ 40,7-50,5) и авторитарный (42,8%; 95% ДИ 38,0-47,7). Однако им свойственен также и либеральный (попустительствующий) стиль (11,6%; 95% ДИ 8,9-15,3). О наличии серьезных проблем в управлении

медицинскими организациями свидетельствуют и результаты исследования А.В Карпович, согласно которым наиболее оптимальный демократический стиль используют лишь 16,7% руководителей, причем частота его применения примерно сопоставима с конфликтогенным авторитарным (8,3-25,6%) стилем. В большинстве же случаев (40%) применяется смешанный авторитарно-демократический стиль [57].

Практически все (96,2%; 95% ДИ 93,8-97,7) врачи и медицинские сестры решают служебные задачи путем их совместного обсуждения со своим непосредственным руководителем. А каждый третий (32,8%; 95% ДИ 28,4-37,6) разрешает с его помощью даже свои личные проблемы. Между тем, есть и такие (2,3%; 95% ДИ 1,2-4,3), которые к руководству медицинской организации не обращаются ни при каких обстоятельствах.

Мы специально поинтересовались результативностью этих обращений. По нашим данным, практически все (96,4%; 95% ДИ 94,1-97,9) обратившиеся получали необходимую помощь и поддержку: либо (45,0%; 95% ДИ 40,2-50,0) – всегда, либо (51,4%; 95% ДИ 46,5-56,3) - иногда. Лишь для 3,6% (95% ДИ 2,1-5,9) обращения к руководству оказались безрезультативными. В отличие от полученных нами данных С.А. Ефименко приводит сведения о более низкой эффективности (57,6%) обращений участковых терапевтов к руководству амбулаторно-поликлинических учреждений [43].

Несомненно, что успешность и благополучие медицинской организации находятся в прямой зависимости от личных и деловых качеств её руководителя. Однако не для всех медицинских работников этот факт является очевидным. Одни (52,4%; 95% ДИ 47,5-57,3) считают, что такое влияние есть, а другие (47,6%; 95% ДИ 42,7-52,5), что его нет. По-видимому, такое расхождение во взглядах объясняется тем вниманием, которое руководители уделяют работникам своих структурных подразделений: больше недостаточным (55,0%; 95% ДИ 50,0-59,8), чем достаточным (45,0%; 95% ДИ 40,2-50,0).

На формирование отношений в коллективе, по мнению большинства (58,8%; 95% ДИ 53,9-63,5) медицинских работников, пол и возраст руководителя не влияют. Однако 34,1% (95% ДИ 29,6-38,9) из их общего числа хотели бы работать под руководством мужчины 36-45 лет, а 7,1% (95% ДИ 5,0-10,1) - женщины 30-35 лет. К наиболее значимыми качествами руководителя они отнесли профессиональные характеристики: компетентность (85,2%; 95% ДИ 81,4-88,4), справедливость (77,9%; 95% ДИ 73,5-81,7), ответственность (76,6%; 95% ДИ 72,2-80,5) и требовательность (58,3%; 95% ДИ 53,3-63,0); к менее значимыми – психо-эмоциональные качества: отзывчивость (42,5%; 95% ДИ 37,7-47,4), чуткость (37,7%; 95% ДИ 33,0-42,6), обаяние (23,9%; 95% ДИ 20,0-28,4) и строгость (17,1%; 95% ДИ 13,7-21,1) (рис. 10).

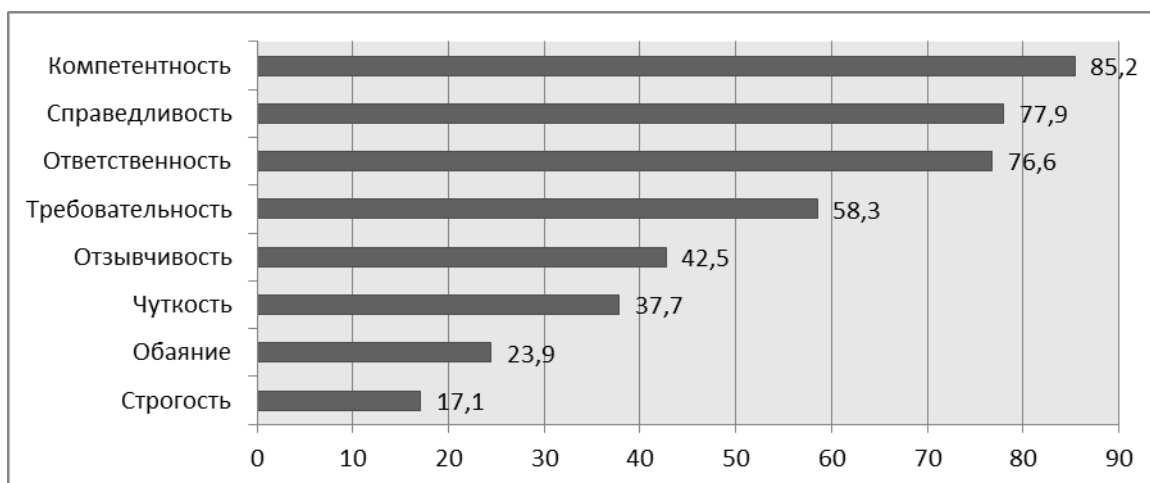


Рис. 10 Характеристики деловых и личностных качеств руководителя медицинской организации (в оценках врачей и медицинских сестер), (на 100 обследуемых)

Мотивация медицинских работников определяется как готовность «прилагать и поддерживать усилия по достижению организационных целей» [171] путем воздействия на «вложение персональных ресурсов работников для достижения этих целей». Удовлетворенность трудом может служить связующим звеном между мотивацией и показателями организационной деятельности. Исходя из теоретического предположения Ф. Герцберга о том, что на удовлетворенность трудом могут оказывать воздействие

гигиенические и мотивирующие факторы, мы провели анализ взаимного влияния анализируемых параметров, оценив степень вклада каждого из них в общий результат. Для этого нами была выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа (табл. 40,41,42). К гигиеническому фактору мы отнесли размер заработной платы, систему экономического стимулирования, программу государственной социальной поддержки и правовой защиты, организацию и условия труда.

Таблица 40

Результаты множественного логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния компонентов гигиенического фактора на удовлетворенность медицинским трудом

Компоненты гигиенического фактора	ОШ	значение Вальда	p-уровень*	95% ДИ
Заработная плата	1,249	0,838	0,360	0,776-2,012
Социальная поддержка государства	2,166	11,422	0,001	1,384-3,391
Условия труда	1,158	0,402	0,526	0,736-1,820
Экономическое стимулирование	1,58	3,802	0,050	1,346-1,953
Правовая защита	1,434	2,088	0,148	1,161-1,577
Организация труда	1,010	0,010	0,981	0,430-2,375

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ – отношение шансов. Зависимая переменная «удовлетворенность работой» закодирована, как 1-удовлетворен, 2-не удовлетворен; независимые переменные закодированы, как 0-устраивает, 1-не устраивает

Анализ предикторов, включенных в модель, позволил выявить статистически значимое влияние на удовлетворенность работой государственной социальной поддержки и экономического стимулирования. При социальной поддержке государства шанс быть удовлетворенным работой возрастает в 2,2 раза (95% ДИ 1,4-3,4), программе стимулирования - в 1,6 раз (95% 1,346-1,953). По данным многочисленных исследований, уровень заработной платы медицинских работников является наиболее важным фактором, влияющим на удовлетворенность работой врачей [199] и медицинских сестер [158,179,209]. Остальные компоненты гигиенического

фактора на удовлетворенность работой не оказывают статистически значимого влияния.

Для выявления влияния компонентов мотивирующих факторов мы повторили процедуру множественного логистического регрессионного анализа. К мотивирующему фактору согласно теоретической модели были отнесены материально-техническая оснащенность труда, возможности профессионального и карьерного роста, отношения с руководством и коллегами. Анализ предикторов, включенных в модель, не позволил выявить статистически значимых влияний.

Таблица 41

Результаты множественного логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния компонентов мотивирующего фактора на удовлетворенность медицинским трудом

Компоненты мотивирующего фактора	ОШ	значение Вальда	p-уровень*	95% ДИ
Материально-техническая оснащенность труда	1,373	0,925	0,336	1,026-2,036
Возможности профессионального роста	1,328	0,642	0,423	0,001-2,259
Отношения с руководством	1,256	0,360	0,549	0,596-2,647
Отношения с коллегами	1,137	0,028	0,867	0,686-4,006

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ – отношение шансов. Зависимая переменная «удовлетворенность работой» закодирована, как 1-удовлетворен, 2-не удовлетворен; независимые переменные закодированы, как 0-устраивает, 1-не устраивает

Далее мы суммировали значения компонент по каждому анализируемому фактору и, разделив полученную величину на число составляющих, получили 2 новые переменные, названные нами также гигиеническим и мотивирующим факторами. Значения данных факторов колебались от 0 до 1.

Таблица 42

Результаты множественного логистического регрессионного анализа
оценки взаимного влияния мотивирующего и гигиенического факторов на
удовлетворенность медицинским трудом

Наименование фактора	ОШ	значение Вальда	p-уровень*	95% ДИ
Гигиенический	1,706	0,481	0,488	1,120-3,772
Мотивирующий	1,117	0,041	0,839	0,530-2,825

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ – отношение шансов. Зависимая переменная «удовлетворенность работой» закодирована, как 1-удовлетворен, 2-не удовлетворен; независимые переменные представлены непрерывной шкалой

Анализ предикторов, включенных в модель, не выявил статистически значимых влияний. Полученный нами отрицательный результат может быть объяснен относительно небольшой долей неудовлетворенных содержанием медицинского труда при практически единодушном недовольстве его низкой оплатой, применяемыми методами экономического стимулирования и социальной поддержки государства. Вместе с тем, нельзя исключить и недостаточно полный учет признаков, включенных нами в математическую модель оценки взаимного влияния изучаемых факторов на удовлетворенность трудом. С целью более полного их представления и систематизации мы провели дополнительную аналитическую работу и специальные математические расчёты (табл. 43, приложение 8). Все возможные предикторы удовлетворенности работой отбирали с поправкой на пол, возраст и занимаемую должность. Вначале был выполнен однофакторный логистический регрессионный анализ, а затем — многофакторный логистический регрессионный анализ.

Однофакторная логистическая регрессия показала, что пол связан с удовлетворенностью работой. Оказалось, что у женщин по сравнению с мужчинами в 2,3 раза увеличивается вероятность быть неудовлетворенными ею.

Таблица 43

Взаимосвязь между социально-демографическими признаками
медицинских работников и удовлетворенностью медицинским трудом

Признак	Однофакторная логистическая регрессия			Многофакторная логистическая регрессия		
	ОШ	95%ДИ	р-уровень	ОШ	95%ДИ	р-уровень
Возраст, годы	0,99	0,980-1,014	0,726	0,99	0,974-1,009	0,321
Пол:						
- мужской	1,00	-	-	1,00	-	-
- женский	2,34	1,403-3,902	0,001	1,69	0,847-3,336	0,137
Должность:						
- зав.отделением	1,00	-	-	1,00	-	-
- врач	1,01	0,420-2,403	0,992	0,91	0,371-2,204	0,825
- медсестра	2,04	0,892-4,644	0,091	1,48	0,559-3,895	0,432

Примечание: * ОШ – отношение шансов. Зависимая переменная «удовлетворенность работой» закодирована, как 1-удовлетворен, 2-не удовлетворен

Однако, когда полученные нами данные мы скорректировали с учетом возраста и занимаемой должности, то данная связь исчезла. Поэтому мы не можем однозначно утверждать, что женщины чаще мужчин не удовлетворены выполняемой работой. Скорее всего, как те, так и другие, независимо от возраста и занимаемой должности в равной степени будут удовлетворены/не удовлетворены своим трудом. Поскольку анализ проведен с коррекцией на конфаундеры «возраст», «пол» и «должность», поэтому полученные результаты могут быть отнесены ко всем медицинским работникам независимо от их пола, возраста и занимаемой должности.

Более полный учет признаков, предположительно способных оказывать влияние на удовлетворенность медицинским трудом, позволил выявить дополнительные характеристики содержания труда, подтвердив теоретическое предположение о его влиянии на удовлетворенность. Как и следовало ожидать, на удовлетворенность медицинским трудом влияет тип отношений, складывающийся между медицинскими работниками и пациентами. У медицинских работников, предоставляющих пациентам информацию о состоянии здоровья, методах лечения и позволяющих им самостоятельно принимать решения (информационный тип отношений), в 2,2 раза увеличивается шанс быть **неудовлетворенными** работой в отличие от коллег, либо единолично принимающих все решения и ожидающих от пациентов беспрекословного их выполнения (патерналистский тип

отношений), либо предоставляющих пациентам информацию о методах лечения и убеждающих их в необходимости определенного выбора (партнерский тип отношений). Возможно специалисты, использующие наименее распространенную информационную модель взаимоотношений с пациентами, пытаются привлечь их к принятию решений для повышения их личной ответственности за результаты лечения. Учитывая выявленные нами особенности медицинского поведения психически больных, рассчитывать на эффективность такого типа отношений не приходится. Исходя из этого, становится вполне понятной неудовлетворенность трудом медицинских работников, использующих информационный тип отношений с пациентами.

Очень важной характеристикой медицинского труда является необходимость ведения большого количества медицинской документации. Ее тщательное оформление, с одной стороны, существенно уменьшает время общения с пациентами, а с другой, является неременным условием формирования у врачей способностей к клиническому мышлению (точности, логичности, последовательности и обоснованности медицинских заключений), у медицинских сестер - выработка навыков своевременной регистрации выполняемых медицинских назначений и происходящих в связи с этим в состоянии больных позитивных и негативных изменений. По нашим данным, оформление большого количества медицинской документации снижает шанс быть удовлетворенным работой в 1,6 раза (95% ДИ 1,3-1,9).

Еще одной особенностью медицинского труда является его стрессогенность и высокая психо-эмоциональная напряженность, часто сопровождающаяся возникновением синдрома эмоционального выгорания. Его суть заключается согласно определению ВОЗ [141] в физическом, эмоциональном или мотивационном истощении. Оно проявляется снижением продуктивности работы, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. Временное облегчение его симптомов достигается употреблением алкоголя или других психоактивных средств. У медицинских работников, реагирующих на профессиональные

стрессы головной болью, повышением артериального давления шанс быть неудовлетворенным работой увеличивается в 1,6 и 1,9 раза. И, следовательно, если медицинский работник не испытывает стресс на рабочем месте, то шанс быть удовлетворенным работой увеличивается в 1,7 раз. Полный отказ от употребления алкоголя увеличивает шанс быть удовлетворенным работой в 1,6 раза. Алкогольные напитки являются пищевыми продуктами, польза которых определяется культурой их потребления. Когда говорят и пишут о вреде алкогольной продукции, то это относится в большей степени к отсутствию культуры их потребления и в первую очередь меры. Употребление алкогольных напитков в допустимых количествах помогают расслабиться, как следствие является профилактикой синдрома эмоционального выгорания и, тем самым, повышается удовлетворенность от работы. Получаемый положительный эффект объясняется культурой его потребления.

Синдром эмоционального выгорания расценивается как стресс-реакция в ответ на предъявление к работнику завышенных требований [5]. М. Olkinuora et. al. (1990) отнесли медицинских работников, работающих в психиатрии к специалистам с высоким уровнем выгорания. Профессиональный стресс существенно усиливается в условиях предъявления к работникам противоречивых и/или завышенных требований [124]. По нашим данным, в случае, когда неясные и/или завышенные требования предъявляются редко (по сравнению с постоянными противоречиями) шанс быть удовлетворенным работой увеличивается в 3,1 раза (95% ДИ 2,9-3,5).

Основополагающим фактором, влияющим на удовлетворенность медицинским трудом, является социальная поддержка со стороны государства. При ее недостаточности шанс быть неудовлетворенным возрастает в 1,9 раза (95% ДИ 1,2-2,8). Наши данные подтверждает вывод Гребенюк М.О. [29] о социальной поддержке государства как одном из мотивов профессиональной деятельности в медицине.

Таким образом, подводя итоги проведенного исследования, прежде всего, следует обратить внимание на тот факт, что удовлетворенность трудом медицинских работников психиатрических больниц является весьма невысокой (40,2%). Основной причиной неудовлетворенности стала низкая оплата труда (63,4%) и неэффективная система материального стимулирования (30,3%), повышающая шансы неудовлетворенности трудом в 1,6 раза. Не менее важное значение имеют недостаточные государственные социальные гарантии (40,0%), увеличивающие шансы неудовлетворенности работой в 2,2 раза.

Полученные результаты подтвердили теоретические предположения двухфакторной модели мотивации труда Ф. Герцберга относительно влияния гигиенического и мотивирующего факторов на удовлетворенность трудом. При неудовлетворительной социальной поддержке государства шанс быть неудовлетворенным от работы возрастает в 1,9 раза. Использование неэффективного информационного типа отношений увеличивает шанс неудовлетворенности работой в 2,2 раза, головные боли – в 1,6 раза, высокое артериальное давление – в 1,9 раза. Повышает удовлетворенность трудом ведение большого количества медицинской документации (в 1,6 раза), редкое предъявление противоречивых/завышенных требований (в 3,1 раза) и употребление алкоголя (в 1,6 раза).

5.3 Особенности взаимодействия медицинских работников и пациентов психиатрических больниц

Настоящий период развития психиатрической помощи характеризуется значительным ростом научного и практического интереса исследователей к проблеме формирования отношений между медицинскими работниками и пациентами [74]. Это связано с тем, что в последние годы внимание психиатров все более сосредоточивается не только на своевременном снятии симптомов психического заболевания, но и на предупреждении их

возникновения и развития [84]. Все большим числом специалистов [23] осознается тот факт, что особенно сильное влияние на течение и прогноз психического заболевания оказывает характер межличностных отношений, складывающихся между медицинскими работниками и пациентами. Пациенты могут следовать, а могут и не следовать указаниям врача, занимаясь самолечением, ведя нездоровый образ жизни. Такое нерациональное поведение пациентов является следствием деструктивных отношений с медицинскими работниками, что делает усилия последних мало- и даже совсем неэффективными. Данное обстоятельство обуславливает особую актуальность выявления факторов, позитивно и негативно влияющих на формирование отношений между медицинскими работниками и пациентами, как необходимой предпосылки, обеспечивающей повышение эффективности психиатрической помощи и, как следствие, поддержание и восстановление психического здоровья населения.

Как нами было сказано выше, приверженность психиатрических пациентов к лечению является весьма невысокой. Значительная часть (38,6%; 95% ДИ 33,8-43,7) страдающих психическими расстройствами не выполняет врачебных рекомендаций.

Для выяснения причин сложившегося положения дел мы сравнили социальные оценки приверженности к лечению, данные пациентами и медицинскими работниками. По мнению пациентов, основными причинами невыполнения ими врачебных назначений являются: нежелание принимать лекарственные средства (45,8%), несогласие с методами лечения (38,7%), недоверие к лечащему врачу (35,9%) и недостаток денежных средств (29,6%). Не меньший вклад в формирование негативного отношения к лечению вносят неверие в выздоровление (19,7%) и непонимание методов лечения (9,9%) (табл. 44).

Мнение медицинских работников о причинах невыполнения пациентами врачебных назначений оказалось несколько иным. И хотя данные ими оценки по смыслу совпадают между собой, однако по своей

значимости они являются совершенно несопоставимыми. Так, медицинские работники основными причинами недостаточной приверженности пациентов к лечению считают: нежелание лечиться (49,9%), недостаток денежных средств (43,3%) и непонимание пациентами методов лечения (25,5%). Меньшее значение они придают несогласию с методами лечения (23,9%), неверию в выздоровление (15,8%) и недоверию к лечащему врачу (14,8%).

Таблица 44

Социальные оценки причин невыполнения пациентами врачебных назначений, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Ранг	Медицинские работники	Ранг	Достоверность
Нежелание лечиться	45,8 (37,8–54,0)	1	49,9 (45,0–54,8)	1	$\chi^2=0,7$; $p>0,05$
Несогласие с методами лечения	38,7 (31,1–46,9)	2	23,9 (20,0–28,4)	4	$\chi^2=11,4$; $p=0,001$
Недоверие к врачу	35,9 (28,5–44,1)	3	14,8 (11,6–18,6)	6	$\chi^2=28,8$; $p<0,001$
Недостаток денежных средств	29,6 (22,7–37,5)	4	43,3 (38,5–48,2)	2	$\chi^2=8,2$; $p<0,005$
Неверие в выздоровление	19,7 (14,0–27,0)	5	15,8 (12,5–19,7)	5	$\chi^2=1,2$; $p>0,05$
Непонимание методов лечения	9,9 (6,0–15,9)	6	25,5 (21,4–30,0)	3	$\chi^2=15,1$; $p<0,001$

Не вызывает сомнений тот факт, что приверженность к лечению в психиатрии является следствием межличностных отношений, которые складываются между пациентами и медицинскими работниками в процессе их взаимодействия. Как известно, обязательным условием возникновения и развития взаимопонимания между субъектами являются партнерские (или совещательные) отношения, альтернативной противоположностью которых являются отношения патерналистские. Для изучения типа отношений, складывающихся в процессе лечебно-диагностической деятельности между медицинскими работниками и пациентами, мы провели сравнительный

анализ их мнений и получили весьма противоречивые данные (табл. 45). Так, по мнению 32,3% пациентов, их отношения с медицинскими работниками являются исключительно патерналистскими; еще 25,8% считают их информационными, а 22,6% - интерпретационными. И только 19,3% пациентов отнесли их к партнерским (или совещательным).

Совсем другое восприятие природы отношений с пациентами сложилось у медицинских работников. По мнению большинства (59,8%) из них отношения являются партнерскими (или совещательными); только 23,2% медицинских работников отнесли их к патерналистским; еще 13,4% - к информационным и 3,6% - к интерпретационным.

Таблица 45

Социальные оценки типа отношений между пациентами и медицинскими работниками, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Ранг	Медицинские работники	Ранг	Достоверность
Партнерские (совещательные)	19,3 (15,6–23,6)	4	59,8 (54,9–64,5)	1	$\chi^2=129,7; p<0,001$
Патерналистские	32,3 (27,8–37,3)	1	23,2 (19,3–27,6)	2	$\chi^2=8,0; p=0,005$
Информационные	25,8 (21,6–30,5)	2	13,4 (10,5–17,2)	3	$\chi^2=18,4; p<0,001$
Интерпретационные	22,6 (18,6–27,1)	3	3,6 (2,1–5,9)	4	$\chi^2=61,6; p<0,001$

Однако результаты исследований, проведенных В.О. Гуровой [31], Д.А. Нецепляевым [85], Е.В. Приз [94], свидетельствуют о широком распространении в медицине патерналистского типа отношений вследствие приверженности к нему половины (44–54,5%) врачей. А.В. Кузнецов [65], Д.В. Михальченко [81] обосновывают это явление вертикальной природой патернализма, пронизывающего все уровни российского общества. Его сущностную основу составляет наличие в действующей социетальной системе, с одной стороны, жесткой «вертикали власти», а с другой, традиционной склонности российского населения к патернализму. Подтверждением этому служит тот факт, что большая часть врачей (44–54,5%) [31,85,94] и пациентов (43,0–61,0%) психиатрических служб

[31,81,83,94] предпочитают патерналистский тип отношений. Только 39,3% пациентов, по данным В.О. Гуровой, выбирают партнерские (или совещательные) отношения, одновременно обращая внимание на то, что лишь с 10,1% врачей они взаимодействуют на основе доверия и согласия [31].

Необходимой основой формирования партнерского (или совещательного) типа отношений между врачом и пациентом является взаимное доверие друг к другу [30,137]. Вместе с тем, оно может и возникнуть в процессе установившихся между ними партнерских отношений. При наличии доверия врач и пациент поддерживают, сочувствуют и уважают друг друга, делаясь своими сомнениями и опасениями за исход лечения и неся за него одинаковую ответственность. По нашим данным, полностью доверяют медицинским работникам лишь 58,2% пациентов, еще 28,8% - доверяют лишь частично, а 13,0% - не доверяют вообще (табл. 46).

Таблица 46

Социальные оценки доверительности отношений между пациентами и медицинскими работниками, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Медицинские работники	Достоверность
Полностью доверительные	58,2 (53,1–63,1)	24,6 (20,7–29,2)	$\chi^2=88,1; p<0,001$
Частично доверительные	28,8 (24,4–33,6)	60,6 (55,7–65,3)	$\chi^2=77,4; p<0,001$
Не доверительные	13,0 (10,0–16,9)	14,8 (11,6–18,6)	$\chi^2=0,5; p>0,05$

Очень настораживает более низкая степень доверия к пациентам со стороны медицинских работников. Социальные оценки доверительности их отношений с пациентами имеют диаметрально противоположную структуру. Только у 24,6% медицинских работников отношения с пациентами строятся на доверии; большинство (60,6%) лишь частично доверяют пациентам, а 14,8% - не доверяют.

Партнерский (или совещательный) тип отношений предполагает предоставление пациентам исчерпывающей информации о состоянии их

психического здоровья и применяемых для его коррекции лекарственных препаратах, а также их активное участие в обсуждении и принятии решений относительно способов лечения и ожидаемых результатов. По оценкам пациентов и медицинских работников, в подавляющем большинстве (77,5% и 80,2% соответственно) случаев психиатрические больные, стремясь к проявлению активности в межличностных отношениях с медицинскими работниками, с разной степенью частоты (всегда или иногда) обращаются к ним с предложениями относительно назначения конкретных лекарственных препаратов (табл. 47).

Таблица 47

Социальные оценки участия пациентов в обсуждении методов лечения
(в %; 95% ДИ)

Признак		Пациенты	Медицинские работники	Достоверность
Участие пациентов в обсуждении методов лечения	Всегда	29,1 (24,7–33,9)	27,5 (23,3–32,1)	$\chi^2=0,2; p>0,05$
	Иногда	48,4 (43,3–53,5)	52,7 (47,7–57,6)	$\chi^2=1,4; p>0,05$
	Никогда	22,5 (18,6–27,1)	19,8 (16,2–24,1)	$\chi^2=0,8; p>0,05$
Учет мнения пациентов	Всегда	24,7 (20,6–29,4)	1,5 (0,7–3,3)	$\chi^2=92,0; p<0,001$
	Иногда, при совпадении с мнением врача	40,8 (35,9–45,9)	37,4 (32,8–42,3)	$\chi^2=0,9; p>0,05$
	Никогда	12,0 (9,0–15,7)	41,3 (36,5–46,2)	$\chi^2=82,4; p<0,001$
	Не обсуждают	22,5 (18,6–27,1)	19,8 (16,2–24,1)	$\chi^2=0,8; p>0,05$

Однако их пожелания, как и следовало ожидать, выполняются медицинскими работниками далеко не всегда. При этом в восприятии пациентов это случается намного реже (12,0%), чем на самом деле (41,3%).

Мы специально изучили поведенческие проявления пациентов при расхождении их представлений с мнением врачей относительно содержания планируемых медицинских вмешательств. Большинство (65,0%; 95% ДИ 59,9–69,6) пациентов реагируют на этот факт адекватно: каждый третий (35,6%) точно выполняет все врачебные назначения, еще 21,5% стараются

понять позицию врача и найти с ним взаимопонимание, 7,9% - обращаются к другому специалисту. Однако каждый третий (35,0%; 95% ДИ 30,4-40,1) пациент проявляет в этих случаях деструктивные поведенческие реакции: 22,8% - просто не выполняют сделанные врачом назначения, а 12,2% - обвиняют его в некомпетентности (табл. 48).

Таблица 48

Самооценка поведения пациентов при их несогласии с врачебными назначениями, (в %; 95% ДИ)

Признак	%
Выполнение без объяснений	35,6 (30,9 – 40,6)
Выполнение с объяснениями своей позиции	21,5 (17,6 – 26,0)
Невыполнение без объяснений	22,8 (18,8 – 27,4)
Невыполнение с обвинением в некомпетентности	12,2 (9,3 – 16,0)
Невыполнение с обращением к другому специалисту	7,9 (5,5 – 11,1)

Хорошо известно, что проведение специфической лекарственной терапии психических расстройств нередко сопровождается появлением тяжелых физических реакций [30]. Поэтому мы специально поинтересовались действиями пациентов в случае возникновения нежелательных последствий назначенного врачом того или иного медикаментозного лечения. Как ни странно, подавляющее большинство (79,9%) пациентов в этом случае обращаются за советом к своим друзьям или соседям и лишь весьма незначительная часть (15,2%) - к своему лечащему врачу (табл. 49).

Таблица 49

Самооценка поведения пациентов при возникновении нежелательных последствий лекарственной терапии, (в %; 95% ДИ)

Признак	%
Обращение к ближайшему окружению	79,9 (75,5–83,7)
Обращение к лечащему врачу	15,2 (11,9–19,3)
Затруднились с ответом	4,9 (3,1–7,6)

С такой ситуацией никогда в своей жизни не сталкивались и поэтому не смогли дать характеристику своим действиям только 4,9% больных.

Партнерский (или совещательный) тип отношений исключает сам факт использования медицинскими работниками своей профессиональной власти. Ее наличие обусловлено тем, что медицинские работники, являясь официальными представителями пациентов, имеют неограниченный доступ ко всей информации об их нуждах и потребностях и поэтому обладают определенным первенством в построении с ними того или иного типа отношений. В психиатрии формирование партнерского типа отношений связано с преодолением определенного рода трудностей. Они заключаются в преимущественном по отношению к пациентам положении врача-психиатра. По возможности использования своей профессиональной власти психиатры занимают 7 место (13,3%) после хирургов, акушеров-гинекологов и организаторов здравоохранения [83].

Мы специально изучили мнение медицинских работников и пациентов об использовании власти, которую дает наличие профессиональных знаний, умений и навыков (табл. 50).

Таблица 50

Социальные оценки использования провайдерами медицинских услуг профессиональной власти, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Медицинские работники	Достоверность
Да	19,3 (15,6–23,6)	13,2 (10,2–16,9)	$\chi^2=151,4; p < 0,001$
Нет	67,7 (62,7–72,2)	84,5 (80,6–87,7)	$\chi^2=29,8; p < 0,001$
Затруднились с ответом	13,0 (10,0–16,9)	2,3 (1,2–4,3)	$\chi^2=31,7; p < 0,001$

Так, по свидетельству подавляющего большинства (84,5%) медицинских работников, имеющиеся у них профессиональные преимущества ими никогда не используются в ущерб интересам пациентов. При этом 13,2% из их общего числа признались в обратном, а 2,3% затруднились с ответом на данный вопрос.

У пациентов он вызвал еще большие трудности. Каждый седьмой (13,0%) не смог дать на него определенный ответ. Большинство (67,7%) же поддерживает позицию медицинских работников о неиспользовании в личных интересах имеющихся у них профессиональных преимуществ. Однако для 19,3% пациентов использование медицинскими работниками профессиональной власти является реальным фактом.

Наличие у субъекта того или иного объема властных полномочий тесно связано с приобретением им и определенного количества прав. При патерналистском типе отношений вся власть и обусловленные ею права преимущественно принадлежат медицинским работникам, в партнерском (или совещательном) – они примерно поровну распределены между основными участниками лечебно-диагностического процесса. Как и следовало ожидать, представления медицинских работников и пациентов по существу этого предмета существенно различаются между собой. Медицинские работники в 18,3% случаев считают, что больше прав у пациентов (табл. 51).

Таблица 51

Социальные оценки комплементарности прав пациентов и медицинских работников, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	Медицинские работники	Достоверность
Пациенты имеют больше прав, чем врачи	9,8 (7,2–13,3)	18,3 (14,8–22,5)	$\chi^2=11,4$; $p=0,001$
Пациенты имеют меньше прав, чем врачи	45,1 (40,1–50,2)	42,5 (37,7–47,4)	$\chi^2=0,5$; $p>0,05$
Пациенты и врачи имеют равные права	41,8 (36,9–47,0)	20,1 (16,4–24,3)	$\chi^2=42,3$; $p<0,001$
Пациенты и врачи не имеют прав	3,3 (1,9–5,6)	19,1 (15,5–23,3)	$\chi^2=47,0$; $p<0,001$

Однако чуть менее половины (42,5%) из них имеют на этот счет противоположное мнение. В целом представление пациентов о распределении прав в сравнении с восприятием его медицинскими работниками является более оптимистичным. Значительная их часть (41,8%)

характеризует имеющиеся у них права как равные с медицинскими работниками. Среди последних таких оказалось вдвое меньше (20,1%). Абсолютно бесправными как себя, так и медицинских работников воспринимают лишь 3,3% пациентов. Доля таких среди медицинских работников является в 5 раз большей (19,1%).

Занимаемая последними позиция, скорее всего, обусловлена недостаточной разработанностью юридических основ защиты прав медицинских работников [77]. Это объясняется тем, что отечественная социология медицины, изучая проблему социальной защиты медицинских работников, рассматривает ее в тесной взаимосвязи с проблемой защиты прав пациентов [29,43,94,102]. Регламентирующие медицинскую деятельность юридические нормы носят общий характер, в то время как защита прав пациентов конкретизируется на уровне моральных решений и действий [17].

Формирование партнерского (или совещательного) типа отношений в психиатрии существенно затрудняется низким уровнем знаний пациентов о своих правах при получении медицинской помощи. Знает о них лишь каждый второй (51,6%) пациент. Среди оставшихся 48,4% (95% ДИ 43,3-53,5) пациентов 16,1% признались в их полном незнании, а 32,3% затруднились ответить на предложенный нами вопрос (табл. 52).

Таблица 52

Самооценка правовой информированности психически больных,
(в %; 95% ДИ)

Признак	%
Информированы	51,6 (46,5–56,7)
Не информированы	16,1 (12,6–20,1)
Затруднились	32,3 (27,8–37,3)

В структуре источников получения пациентами знаний о своих правах первое место (62,5%; 95% ДИ 57,5-67,3) принадлежит медицинской информации, предоставляемой лечащими врачами (43,8%) и размещенной на стендах медицинских учреждений (18,7%), второе - средствам массовой информации (37,5%) (табл. 53).

По данным исследований Е.В. Приз [94], А.В. Кузнецова [65], только 19-38 % пациентов знают о своих правах и готовы отстаивать их. При этом больше половины (53,7%) из них не считают врача единственным источником достоверной информации. Еще 37,9% ищут информацию в литературе и СМИ, хотя и относятся к ней скептически.

Таблица 53

Самооценка приоритетности источников получения правовой информации пациентами, (в %; 95% ДИ)

Признак	%
Лечащий врач	43,8 (38,8–48,9)
Стенды медицинской организации	18,7 (15,1–23,1)
СМИ	37,5 (32,7–42,6)

Несомненно, что на характер отношений, складывающихся между медицинскими работниками и пациентами, определенное влияние оказывает частота конфликтных ситуаций, возникающих в процессе их взаимодействия (табл. 54).

Таблица 54

Самооценка частоты возникновения конфликтных ситуаций с медицинскими работниками, (в %; 95% ДИ)

Признак	Пациенты	
Самооценка частоты возникновения конфликтных ситуаций с медицинскими работниками	Постоянно	3,0 (1,7–5,3)
	Иногда	20,1 (16,3–24,5)
	Никогда	76,9 (72,3–80,9)
Категории медицинских работников с которыми возникают конфликты	Врачи	59,7 (51,2–67,6)
	Медицинские сестры	26,1 (19,4–34,2)
	Санитарки	7,5 (4,1–13,2)
	Работники регистратуры	6,7 (3,6–12,3)

По оценкам пациентов они возникают весьма нередко (23,1%; 95% ДИ 19,1–27,7): 20,1% - иногда, 3,0% - постоянно. Конфликты возникают чаще всего при их взаимодействии с врачами (59,7%), вдвое реже - с

медицинскими сестрами (26,1%), редко - с младшим медицинским персоналом и работниками регистратуры (7,5% и 6,7% соответственно).

Учитывая тот факт, что практически по всем параметрам, характеризующим содержание отношений, складывающихся между пациентами и медицинскими работниками, их представления существенно разошлись, мы поинтересовались у них целесообразностью разработки и внедрения в клиническую практику правил общения. Однако даже по этому предмету их мнения не совпали между собой (рис. 11).



Рис. 11. Сравнительный анализ мнений пациентов и медицинских работников о необходимости регламентации отношений, (%)

Если большинство (72,3%; 95% ДИ 67,5–76,6) пациентов считают их необходимыми, то большинству (64,1%; 95% ДИ 59,3–68,7) медицинских работников они абсолютно не нужны. И, наоборот, если для 27,7% (95% ДИ 23,4–32,5) пациентов такие правила являются ненужными, то каждому третьему (35,9%; 95% ДИ 31,3–40,7) медицинскому работнику они являются необходимыми ($\chi^2=101,2; p<0,001$).

Таким образом, проведенный нами анализ факторов формирования партнерского (или совещательного) типа отношений между пациентами и медицинскими работниками и, как следствие, комплаенса пациентов позволил сделать следующие выводы:

Во-первых, приверженность пациентов к лечению, представляя собой сложный медико-социальный феномен, является результатом того или иного типа отношений, складывающихся между пациентами и медицинскими

работниками в процессе их взаимодействия. На его формирование оказывает влияние множество факторов, составляющих основное содержание и определяющих тип отношений между пациентами и медицинскими работниками. Самыми оптимальными, наиболее благотворно отражающимися на приверженности пациентов к лечению, являются партнерские (или совещательные) отношения и, наоборот, самыми деструктивными - патерналистские отношения.

Во-вторых, комплаенс психиатрических пациентов является весьма низким. Значительная их часть (38,6%) не выполняет врачебные назначения вследствие нежелания принимать лекарственные препараты (45,8%), несогласия с методами лечения (38,7%) и недоверия к лечащему врачу (35,9%), а также недостатка денежных средств (29,6%), своего неверия (19,7%) в эффективность применяемых методов лечения и непонимание его методов (9,9%). Медицинские работники низкий комплаенс психиатрических пациентов объясняют нежеланием лечиться (49,9%), недостатком денежных средств (43,3%) и непониманием пациентами методов лечения (25,5%). Меньшее значение они придают несогласию с методами лечения (23,9%), неверию в выздоровление (15,8%) и недоверию к лечащему врачу (14,8%).

В-третьих, анализируя суждения медицинских работников и пациентов об основных факторах, определяющих их низкую приверженность к лечению, мы склонны объяснить этот факт практически полным отсутствием взаимопонимания между ними. Свой вывод мы сделали на основании наличия существенных расхождений в их представлениях по большинству оценочных параметров, характеризующих содержание социального взаимодействия между ними.

5.4 Факторы, влияющие на изменение потребительского поведения в психиатрии

Основными причинами неудовлетворительного комплаенса психически больных граждан ученые выделили следующие: отсутствие

критики к болезни, продолжительность заболевания, зависимость от алкоголя или ПАВ, выраженность когнитивных нарушений, депрессивная симптоматика и низкая мотивация к лечению. Формирование установки больного к соблюдению медицинских рекомендаций возможно только при осознании им факта заболевания и его последствий для здоровья, понимании пользы терапии, превышающей неудобства, связанные с ней. В этом случае значение других факторов, снижающих терапевтическое сотрудничество, значительно уменьшается.

Для определения факторов, влияющих на изменение потребительского поведения в психиатрии с помощью Хи-квадрат Пирсона, определили переменные, связанные с выполнением медицинских рекомендаций. В дальнейшем выполнили однофакторный логистический регрессионный анализ, где выбрали статистически значимые переменные (предикторы) и ввели в многофакторный регрессионный логистический анализ (Приложение 9). Обобщив полученные результаты, мы выделили основные составляющие медицинского поведения психиатрических больных (рис. 12).

Давно доказанным является тот факт, что семья, являясь для ребенка естественной средой обитания, первичным институтом его социализации, моделирует поведение детей, прививая образцы самосохранительного поведения. В семьях, где родители в силу разных причин не считаются с нормами здорового образа жизни, питания, рекомендациями медицины, демонстрируя аддиктивный стиль поведения, формируются, закрепляются и воспроизводятся саморазрушительные поведенческие паттерны. По нашим данным, вероятность невыполнения медицинских рекомендаций увеличивается в 6,9 раз в семьях психически нездоровых мужчин и женщин, имеющих 2 и более детей, по сравнению с семьями, воспитывающими одного ребенка. Возможно, наличие у одного из родителей психического заболевания усиливает напряжение в семье. Наличие психического заболевания нарушает когнитивные функции, вызывает появление депрессивной симптоматики, обуславливает низкую мотивацию к лечению.

Ситуацию усугубляют высокие психо-эмоциональные и физические нагрузки, связанные с воспитанием нескольких детей.

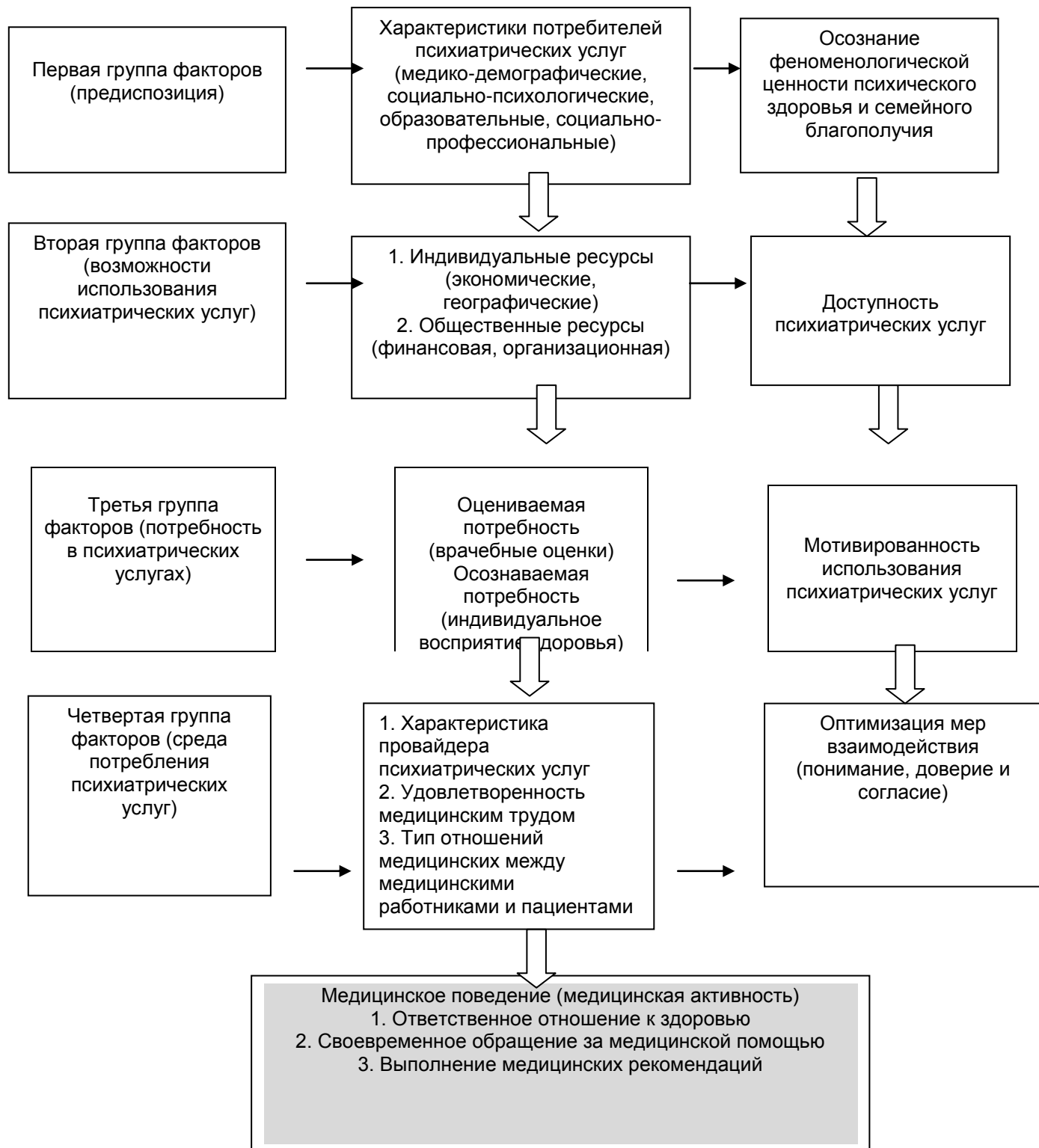


Рис. 12 Модель медицинского поведения психических больных

На приверженность к лечению оказывает влияние тип взаимоотношений между врачом и пациентом и осознание им своей активной

роли в лечебно-диагностическом процессе. Непонимание методов лечения и несогласие с ними повышает шанс формирования нон-комплаенса в 27,1 и в 9,2 раза соответственно. Как следствие нежелание пациента принимать лекарственные препараты увеличивает шансы не следовать рекомендациям врача в 43,6 раз, а неверие в возможность выздоровления в 31,4 раза.

Существенную роль при несоблюдении врачебных назначений играют социально-экономические факторы. К ним относится уменьшение доходов и факторы, обуславливающие дополнительные затраты системы здравоохранения. Так, недостаточное материальное положение увеличивает шанс формирования нон-комплаенса в 41,3 раза.

Таким образом, проведенный нами анализ факторов, влияющих на потребительское поведение в психиатрии, доказывает необходимость более полного учета факторов. Для этого аналитическую модель Рональда М. Андерсена следует дополнить социально-профессиональными характеристиками провайдеров психиатрических услуг, параметрами их взаимодействия с пациентами и детерминантами удовлетворенности трудом.

* * *

В 5 главе изучено мнение основных социальных групп, взаимодействующих в рамках одного лечебного учреждения на практику оказания психиатрической помощи. Представлены результаты исследования здоровья и образа жизни медицинских работников и определены факторы, влиявшие на удовлетворенность их работой. Выявили факторы негативно влияющие на формирование комплаенса психиатрических пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетным направлением социальной политики любого современного государства является сохранение физического и нравственного здоровья как нации в целом, так и каждого отдельно взятого ее индивида. Только при наличии хорошего здоровья человек способен стать активным участником социальной, политической, культурно-духовной и других сфер человеческой жизнедеятельности (Шаповалова О. А., 2008). Испытываемые индивидами стрессы, вызванные неблагоприятными социально-экономическими, производственными, экологическими факторами, оказывая негативное влияние на здоровье, обуславливают формирование низкого качества их интеллектуального и трудового потенциала. В будущем это влечет за собой большие социально-экономические потери, приводя, в конечном итоге, сначала к возникновению, а затем и к росту социальной напряженности в обществе (Прохоров Б. Б., 2006; Шабунова А. А., Рыбакова Н. А., Тихомирова Г.В., 2009).

В настоящее время распространение в мире психосоциальных и психических расстройств приобрело характер глобальной эпидемии. По свидетельству экспертов Всемирной организации здравоохранения (2005 г.), она стала одной из важнейших угроз для здоровья и благополучия людей.

По материалам исследования установлено, что за анализируемый период (2000–2013 гг.) в состоянии психического здоровья населения Вологодской области произошли негативные сдвиги. Они заключаются в росте первичной (с 295,4 до 387,7 на 100000 населения) и общей (с 2185,7 до 2953,7 в расчете на 100000 человек) заболеваемости населения психическими расстройствами. Одновременно наблюдается увеличение (в 3,4 раза) числа регистрируемых больных наркоманией (с 51,2 до 176,3 на 100000 населения) и, как следствие, рост преступлений (в 1,6 раза), связанных с оборотом наркотиков (с 69,2 до 107,9 на 100000 населения). Все это происходит на фоне уменьшения первичной (с 35,1 до 20,6 на 100000 населения) и

увеличения общей (с 532,4 до 547,3 в расчете на 100000 населения) инвалидности населения.

Методологической базой проведенного медико-социологического исследования явилась социо-бихевиоральная модель Рональда М. Андерсена (1968;1974;1995;1998), согласно которой использование услуг здравоохранения является результатом действия трех основных групп факторов. Первую группу образуют факторы predispositions, представленные переменными, характеризующими самих потребителей медицинских услуг. Вторая группа факторов объединяет имеющиеся у людей возможности по использованию услуг здравоохранения. К ним относятся индивидуальные и общественные ресурсы, обеспечивающие доступ к медицинским услугам. Третья группа факторов отражает потребность в медицинских услугах, измеряемую врачебными оценками здоровья (оцениваемая потребность) и его индивидуальным восприятием (осознаваемая потребность). Для полноты анализа факторов, влияющих на потребление психиатрических услуг, данная первоначальная модель нами была дополнена изучением контекстуальных (средовых) факторов использования психиатрических услуг: социально–профессиональными характеристиками самих медицинских работников, условиями предоставления психиатрических услуг и особенностями поведения контактного персонала в процессе его взаимодействия с пациентами. Они образовали четвертую группу факторов. Изучение выделенных групп факторов позволили дать характеристику условий процесса потребления и создания медицинских услуг, реализуемого в самосохранительном поведении и медицинской активности людей.

Как свидетельствуют результаты исследования, персональные характеристики психически больных лиц существенно отличаются от здоровых. Отягощение семейного анамнеза неблагоприятной наследственностью наблюдается у каждого третьего (34,8%) психически больного человека. Значительная их часть (40,2%) воспитывалась в неполных

семьях, а относительные шансы непосещения ими в детстве дошкольных учреждений оказались выше в 2,3 раза. Выросшие в неполных семьях они не смогли сохранить собственные. Доля разведенных мужчин и женщин среди них явилась значимо более высокой по сравнению со здоровыми (28,5% против 19,2% у мужчин и 30,9% против 25,9% у женщин). Среди психически больных значимо больше доля лиц, имеющих детей: 1-2 - 66,0% против 51,6%; 3 и более - 13,1% против 5,3%. Отношения в их семьях являются напряженными (22,8% против 4,3%), вплоть до психо-эмоциональной изоляции (39,9% против 9,3%) со стороны окружающих.

Социальный статус психически больных не стабилен. Они, имея почти одинаковый уровень образования со здоровыми, в большей степени подвержены риску частой смены работы и даже ее утраты. Доля безработных среди них является статистически значимо большей (8,4% против 2,3%), а относительные шансы ее сменить в течение 5 лет хотя бы один раз - выше в 2,0 раза. Переход на новое место работы, как правило, вызван конфликтами с сослуживцами (31,5%) или снижением квалификации (36,4%).

Следствием неустойчивой трудовой занятости психически больных является низкий уровень их материальной обеспеченности. Каждый третий (29,3%) живет на доходы, равные величине прожиточного минимума или даже ниже его. За последний год доходы подавляющего большинства (79,9%) имели тенденцию к снижению. Низкой величиной доходов обусловлено неудовлетворительное качество жилищных условий. Каждый четвертый (27,1%) не имел отдельного жилья, а жилая площадь большинства (82,9%) не соответствовала установленной норме.

Низкое качество статусных характеристик психически больных являлась одной из причин ведения ими нездорового образа жизни и низкой медицинской активности. Питание большинства являлось нерациональным (86,7%). Они физически неактивны (86,7%) и подвержены созависимому поведению: курению табака (89,4%) и систематическому употреблению алкоголя (16,8%).

Медицинское поведение психически больных характеризовалось деструктивными поведенческими паттернами. В их основе лежит нежелание нести ответственность за собственное здоровье и перекладывание ее на государство (57,3%) или медицинских работников (24,1%). При возникновении нового заболевания или обострении имеющегося большинство (60,1%) обращались за медицинской помощью несвоевременно. Рекомендациям лечащего врача не следовали 38,7% психиатрических пациентов. Основными причинами их частичного или полного отказа от выполнения врачебных назначений, по единодушному мнению медицинских работников и пациентов, являлось: нежелание лечиться (49,9% и 45,8% соответственно) и неверие в выздоровление (15,8% и 19,7% соответственно).

На самосохранительное поведение и медицинскую активность пациентов непосредственное влияние оказывают параметры среды потребления психиатрических услуг, то есть характеристики самих медицинских работников, условия оказания медицинской помощи и поведение контактного персонала.

Персональные характеристики медицинских работников нами даны на основании изучения их состояния здоровья и образа жизни. По нашим данным, они являются физически, психически и социально благополучными людьми. Благоприятно протекающие хронические болезни имелись лишь у 41,0%. Состояние своего здоровья они воспринимали хорошим (28,8%) и удовлетворительным (65,4%). Врачи более оптимистично оценивали свое здоровье (47,3%), чем медицинские сестры (19,5%), хотя объективные оценки здоровья у них практически полностью совпадали.

Хорошее здоровье является следствием ведения здорового образа жизни. Большинство медицинских работников удовлетворены качеством (73,5%) и сбалансированностью (64,9%) питания. У врачей (95,4%) оно значительно лучше, чем у медицинских сестер (62,6%). Практически все (89,3%) они физически активны. Распространенность курительного поведения в сравнении с популяционными показателями у мужчин оказалась

ниже (49,3% против 75,0%), а у женщин, наоборот, выше (28,6% против 21,0%). Употребление алкоголя (55,5%) у них носило исключительно ситуационный характер. Врачи курили (43,5%) и употребляли алкоголь (66,4%) чаще, чем медицинские сестры (27,1% и 50,0% соответственно). За медицинской помощью к своим коллегам обращались почти все (94,4%) врачи и медсестры. Большинство (88,3%) лишь при серьезном ухудшении здоровья и только небольшая часть (6,1%) – при незначительном. Самостоятельно лечились лишь 5,6%. У врачей (11,5%) распространенность самолечения выше, чем у медицинских сестер (2,7%).

Условиями работы довольны только 40,2% медицинских работников. Основными причинами неудовлетворенности являлись: низкая оплата труда (63,4%), недостаточные государственные социальные гарантии (40,0%), плохие условия труда (33,8%), неэффективная система материального стимулирования (30,3%) и неудовлетворительная правовая защита (24,7%). Организация труда в психиатрии является рациональной. Ею довольны 84,0% медицинских работников: 46,1% – полностью и 37,9% – частично.

Сложившиеся в медицинском коллективе отношения отличает сложность и динамичность. Конфликтные ситуации в течение года в большинстве случаев возникали однократно - 65,7% и лишь в 15,0% - неоднократно. Практически все (99,0%) медицинские работники отметили факты предъявления к ним необоснованных требований со стороны руководства и пациентов. Одной из причин конфликтов в коллективе (21,9%) и неудовлетворенности условиями работы (9,3%) являлись неровные отношения с руководством организации вследствие использования авторитарного управленческого стиля (42,8%), недостаточного внимания (55,0%) к работе структурных подразделений и отсутствия личного вклада (47,6%) в работу организации.

В процессе взаимодействия с пациентами медицинские работники использовали все известные типы отношений. Большинство (59,8%) предпочитали партнерские, 23,2% - патерналистские, 13,4% -

информационные и 3,6% - интерпретационные отношения. Восприятие типа отношений пациентами оказалось значимо другим. В их представлениях все четыре типа отношений нашли примерно одинаковое отражение: патерналистские - 32,3%, информационные – 25,8%, интерпретационные - 22,6%, партнерские - 19,3%. Столь же противоречивым явилось их мнение относительно использования специалистами профессиональной власти (медицинские работники - 15,5%, пациенты - 32,3%). Дополнительное негативное воздействие на характер отношений оказывало взаимное недоверие медицинских работников (75,4%) и пациентов (41,8%).

Медицинское поведение психически больных формируется и поддерживается всей совокупностью факторов, оказывающих определяющее влияние на: 1) выработку способности к осознанию феноменологической ценности психического здоровья и семейного благополучия, 2) доступность и 3) мотивированность использования психиатрических услуг, 4) оптимальный характер социального взаимодействия с медицинским персоналом психиатрических клиник (понимание, согласие, доверие).

Учитывая тот факт, что группу риска развития психических нарушений составляют дети с отягощенным психическим семейным анамнезом и из неполных семей необходимо включение в годовые планы работы Центров по охране здоровья детей обучающих занятий по разработанной нами программе «Социальная обусловленность и технологии коррекции психического здоровья семьи». Методом выбора порядка и условий реализации данной превентивной здравоохраненческой программы служит методология общественного маркетинга. Своевременное осуществление медико-социальной работы профилактической направленности с неполными семьями и семьями, имеющими отягощенный психиатрический анамнез, будет способствовать сохранению психического здоровья не только больных, но и здоровых.

Для формирования у медицинских работников устойчивой длительной приверженности к организации, основанной на удовлетворенности

медицинским трудом, считаем целесообразным рекомендовать руководству психиатрических учреждений разработку и внедрение программы поэтапного совершенствования оплаты труда, тесно увязанной с качеством работы конкретных специалистов и качеством предоставляемых ими услуг. Для этого необходим переход на механизм эффективного контракта, позволяющий наиболее полно учесть в зарплате медицинских работников их квалификацию и профессиональные достижения. Это позволит сохранить кадровый потенциал и привлечь специалистов к работе в психиатрии.

Преодоление выраженного нон-комплаенса психиатрических пациентов и повышение эффективности их медицинского сопровождения может быть достигнуто путем улучшения эмоциональной составляющей (понимание, согласие, доверие) профессионального медицинского взаимодействия в диаде медицинский работник – пациент и медицинский работник – медицинский работник. Формирование эмоционального интеллекта медицинских работников следует начинать уже на додипломном этапе их профессиональной подготовки. Для этого необходимо включение в рабочую учебную программу дисциплины «Психиатрия и клиническая психология» учебных тем по изучению эмоционального интеллекта и адаптивных копинг-стратегий.

Список использованных источников:

1. Алексеева Н.Т., Байбаков С.Е. Основы социально–психологических взаимоотношений врача и больного на кафедрах мед–био. профиля // Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии. Сборник научных трудов Сибирского государственного медицинского университета под редакцией проф., д.б.н. Ильинских Н.Н. Выпуск 1, Томск, 2004. Том I.;
2. Алкоголь / Информационный бюллетень ВОЗ N°349, Февраль 2011 г. [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/> (Дата обращения 31.10.2013.);
3. Алпатова Н.С. Социологические характеристики табакокурения как формы аддиктивного поведения в профессиональной группе медицинских работников: дис. к.с.н. – Волгоград, 2009.–145 с.;
4. Амосов Н.М. Моя система здоровья. // Наука и жизнь. – 1998. - № 5;
5. Андриянова О.В. Опыт ряда стран по лечению табачной зависимости. // Профилактическая медицина. – 2010. - № 6. – С. 8-10;
6. Антонова Н.Л. Социальная практика: теоретико-методологические основания исследовательского анализа / Н.Л. Антонова // Известия Уральского государственного университета. – 2009. – № 4(70). – С. 92-97.;
7. Антонова Т.А. Социальные детерминанты профессиональной роли врача-онколога: Автореф. дис. к.м.н. – Волгоград, 2013. – 25с.;
8. Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Комплаенс-терапия больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 07.11.2013);

9. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://www.mopb.mogilev.by/forum/viewtopic.php?f=31&t=30> (Дата обращения 30.01.2014);
10. Бармина Т.В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе: дис. к.с.н. – Волгоград, 2009. – 147 с.;
11. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клиничко–социальный и фармакоэкономический аспекты: дис. к.м.н. – М., 2008. – с. 137;
12. Богачанская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. 2008. № 2. С. 42-46.;
13. Бондаренко Н.Б. Социальная психиатрия. Нужны и возможны ли изменения существующей системы предоставления психиатрических услуг? // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 329;
14. Боронова Г.Х., Прусова Н.В. Психология труда [Электронный ресурс] URL: [http:// lib.rus.ec/b/165931/read](http://lib.rus.ec/b/165931/read) (Дата обращения 16.03.2014);
15. Борцов Ю.С. Социология. Учебное пособие. – Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 2002. – 352 с.;
16. Брове Ю.И., Ахременко Г.П., Пескова С.А. Социологический мониторинг персонала медицинского учреждения // Социология медицины. 2010, № 2, с. 15-20.;
17. Бударин Г.Ю. Социальные принципы нормативного регулирования медицинской деятельности: дис. д.с.н. – Волгоград, 2013. – 339 с. ;
18. Бурдые П. Практический смысл / пер с фр. А.Т. Бикбова, К.Д. Вознесенской, С.Н. Зенкина, Н.А. Шматко; общ. ред. и послесл. Н.А. Шматко. СПб., 2001. С. 562;

- 19.Вебер М. Основные социологические понятия / пер. с нем. М.И. Левиной // Вебер М. Избранные произведения. М., 1990.;
- 20.Верминенко Ю.В. Социологическая интерпретация здоровья. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.socprob.ru/index.php> (Дата обращения 15.08.2012);
- 21.Веселов Д.А. Ловушка бедности в странах, богатых природными ресурсами: препринт WP12/2010/04 [Текст] / Д.А. Веселов; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010. – 28 с.;
- 22.Власов В.В. Доступность медицинской помощи для бедных в Российской Федерации // Правовые вопросы в здравоохранении. № 07. – 2013;
- 23.Волобуев Е.В. Отношения врачей и родственников пациентов в системе качества медицинской помощи: дис. к.м.н. – Волгоград, 2011.–143с.;
- 24.Вологодская область [Электронный ресурс]. URL: <http://www.spb-venchur.ru/regions/1.htm> (Дата обращения 18.03.2014);
- 25.Гидденс Э. Устройство общества: Очерк теории структуризации. М., 2003.;
- 26.Глушко И.В. Осмысление феномена социальных практик и возможностей их развития [Электронный ресурс]. URL: <http://dom-hors.ru/issue/fik/1-2011-1-2/glushko.pdf> (дата обращения 20.08.2012);
- 27.Голимбет В.Е. Влияние наследственности на психическое здоровье детей. Принципы наследования и проявление заболеваний с возрастом [Электронный ресурс]. URL: <http://www.7ya.ru/article/Vliyanie-nasledstvennosti-na-psihicheskoe-zdorove-detej-Principy-nasledovaniya-i-proyavlenie-zabolevanij-s-vozrastom/#null> (Дата обращения 12.12.2013)];
- 28.Горбунов А.А. Социальные оценки оказания психотерапевтической помощи населению: дис. к.м.н. – Волгоград, 2012.–148 с.;

- 29.Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: дис. к.м.н. – Волгоград, 2010.–161с.;
- 30.Гречко Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vзма.ac.ru/publ/vest/035/site/index12.html> (Дата обращения 07.11.2013);
- 31.Гурова В.О. Взаимодействие врача и пациента в дерматологической практике: дис. к.м.н. – Волгоград, 2011.–138с.;
- 32.Гурович И.Я. Динамика показателей психиатрической службы России (1994-1999 гг.) / И.Я. Гурович, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко - М.: Медицина – 2000 г. – 508 с.;
- 33.Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М. – 2004–492 с.;
- 34.Гурьянов М.С., Камаев И.А., Коптева Л.Н. Самооценка здоровья и медицинская активность работников здравоохранения // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2008. № 11 (18). С. 55-56;
- 35.Гурьянов М.С. Научное обоснование формирования здоровьесберегающего поведения медицинских работников (на примере Нижегородской области): дис. д.м.н. – Нижний Новгород, 2011. – с. 261;
- 36.Давыдов В.В., Громыко Ю.В. Теория деятельности и социальная практика: доклад на III Международном конгрессе по теории деятельности [Электронный ресурс]. URL: http://www.situation.ru/app/j_art_973.htm (Дата обращения 20.08.2014);
- 37.Добренков В.И., Кравченко А.И. Социология: в 3 т. Т. 3: Социальные институты и процессы. М., 2000. С. 520;

38. Доклад о состоянии здоровья в Европе в 2002 г. / ВОЗ. – Копенгаген, 2002.–156 с.;
39. Доника А.Д., Медведева Л.М. Оценка элементов социально-психологической направленности личности врача в условиях современного общества // Социология медицины. № 2, 2006, с. 35-39;
40. Доника А.Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты: дис. д.с.н. – Волгоград, 2010.–368с.;
41. Дьяков А.А. Философия и практика: было ли прошлое, есть ли настоящее, будет ли будущее? // Наука. Философия. Общество: материалы V Российского философского конгресса. В 3 т. Новосибирск, 2009. Том I. 531 с.;
42. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В.А. Базарова. — М.: Мысль, 1994.—399 с.;
43. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача–терапевта / Под ред. Академика РАМН, профессора А.В. Решетникова. Монография. – М.: Здоровье и общество, 2005. – 205 с.;
44. Ефименко С.А. Социология пациента: Дис. д.с.н. – М., 2007. – С. 371.;
45. Жукова О.А. Медико–социальные перспективы реабилитации больных шизофренией. – дис. к.м.н. – 143 с. 2012;
46. Замятина И.И. Профессиональная роль врача-психиатра в организации медико-социальной помощи недееспособным гражданам: Дис. к.м.н., Волгоград, 2014, с. 162;
47. Заславская Т.И. О субъектно-деятельностном аспекте трансформационного процесса // Кто и куда стремится вести Россию? Актеры макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса / под общ. ред. Т.И. Заславской. М., 2001. С. 3-15;

- 48.Засыпкина Е.В. Социальный статус и профессиональная роль медицинской сестры в процессе реформы отечественного здравоохранения: дис. к.м.н., Волгоград, 2013, С. 120;
- 49.Иванищенко Д.М. Качество жизни больных с органическими непсихотическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-статистическое исследование): дис. к.м.н. – Рязань, 2003. – с. 137.;
- 50.Ивенская Т.А. Системное социологическое моделирование участия медицинских работников в реализации национального проекта «Здоровье»: дис. к.м.н., Ростов-на-Дону, 2009, С 160;
- 51.Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.;
- 52.Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Изд. 2 – е доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с., ил.;
- 53.Кабанов М.М. Реабилитации психически больных. Л. Медицина. - 1988 г- стр.112-119;
- 54.Кавинова И. Качество веры как решающий аргумент в решении проблемы преодоления сознательного суицида. [Электронный ресурс]. URL: http://krotov.info/lib_sec/11_k/ra/snenk.html (Дата обращения 03.07.2013);
- 55.Каннабих Ю.В. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. Репринтное издание 1994;
- 56.Караваев Н. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.utro.ru/articles/2007/10/11/686466.shtml> (Дата обращения 01.09.2012);
- 57.Карпович А.В. Профессионально-ролевой репертуар врача-руководителя в условиях модернизации института здравоохранения: дис. к.м.н. – Волгоград, 2011.–154с.;

- 58.Карымов О.Н. Этико-социальные детерминанты институализации персонализированной медицины (на примере дерматологической практики): Автореф. дис. к.м.н. – Волгоград, 2013. – 24 с.;
- 59.Касьянов В.В. Социология: экзаменационные ответы. Ростов н/Д: «Феникс», 2001. – 288 с. – (Серия «Сдаем экзамен»);
- 60.Кирдина С. Г. Теория институциональных матриц (пример российского институционализма). URL: <http://www.kirdina.ru/doc/20feb06/2.pdf> (Дата обращения 20.08.2012);
- 61.Клоктунова Н.А. Социальные факторы формирования стратегий профессионализации студентов медицинского ВУЗа: Автореф. дис. к.с.н. – Волгоград, 2013. – 24 с.;
- 62.Козловский С.В., История и старина: мировосприятие, социальная практика, мотивация действующих лиц. - ФГОУ ВПО Ижевская ГСХА, 2009.–95 с.;
- 63.Королев Н.Н. Особенности профессиональной социализации молодых специалистов в медицине: дис. к.м.н. – Волгоград, 2012.– 144 с.;
- 64.Кудинова Н. А. Медико-социальная модель самосохранительного поведения пациентов стоматологического профиля: дис. к.м.н. – Волгоград, 2014. – 166 с.;
- 65.Кузнецов А.В. Социальные взаимодействия врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации. Волгоград, 2009;
- 66.Кузьмин В.Н. Курение и репродуктивное здоровье женщин. // Профилактическая медицина. – 2010. - №6. – С. 29-33;
- 67.Кули Ч. Социальная самость. В кн.: Американская социологическая мысль: Тексты. М.: МГУ, 1994. С. 320-327;
- 68.Лебедева-Несевря Н.А. Теория, методология и практика анализа социально-детерминированных рисков здоровью населения: Дис. д.с.н. – Волгоград.: 2014. – 313 с.;

69. Леонова В.А. Депрофессионализация в медицине как медико-социальная проблема: Автореф. дис. к.м.н. – Волгоград.: 2013. – 28 с.;
70. Лиманкин О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: дис. к.м.н. – М.: 2007. – 175с.;
71. Лиманкин О. В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 3. С. 99-106.;
72. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Образ жизни и здоровье детей // Педиатрия. 1990. - № 7. – с. 61-69;
73. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян // Экономика здравоохранения. 2001. № 2 С. 32 – 37.;
74. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2008.- Т. 10. - №1. - С. 8-12.;
75. Малахов Б.Б. Трудовая терапия психических больных. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.;
76. Маслоу А., Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 2001 – 478 с. = Maslow, A. H. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, Publishers, 1970;
77. Матвеев Е. Защита прав врачей: юридические основы не проработаны. Первый пермский правовой портал [Электронный ресурс] URL: <http://territoriaprava.ru/topics/30188> (дата обращения 11.11.2013);
78. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов. – М., 1963. – с. 198.;
79. Менделевич Д. М., Созинов А. С. Казанский период деятельности профессора А. У. Фрезе (к 185-летию со дня рождения)

- [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения 01.06..2012);
- 80.Мид Дж. Г. Избранное: Сб. переводов / РАН. ИНИОН. Центр социал. научн.-информ. исследований. Отд. социологии и социал. психологии; Сост. и переводчик В. Г. Николаев. Отв. ред. Д. В. Ефременко. — М., 2009.- 290 с. (Сер.: Теория и история социологии).;
- 81.Михальченко Д. В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента: дис.д.м.н. – Волгоград, 2012. – 337 с.;35;
- 82.Морев Михаил Владимирович. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения населения: на примере Вологодской области: Дис. к.э.н. - Москва, 2009.- 192 с.: ил.;
- 83.Москвитина У. С. Управление имиджем врача–психиатра, методы повышения популярности и доверия к психиатрии у населения: дис. к.м.н. – Волгоград, 2011. – 134с.;
- 84.Незнанов Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159-162.;
- 85.Нецепляев Д. А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений: дис: к.м.н. – Волгоград, 2010.–164с.;
- 86.Официальный сайт ЕИСОТ [Электронный ресурс]. URL: <http://eisot.ru/index.php/component/search/?searchword=%D1%83%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%8F%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0&searchphrase=all&Itemid=101> (Дата обращения 05.03.2014);

87. Папсуев О. О. Помощь больным шизофренией и шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания. – дис. к.м.н. – М.: 2010. – 183с.;
88. Парсонс Т. Структура социального действия. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008. – 218 с.;
89. Пиаже Жан: Теория, эксперименты, дискуссии / Под ред. Обуховой Л. Ф., Бурменской Г. В. - М., 2001. С. 106-186;
90. Подольская М.Н. Профессиональная роль фельдшера в современной России: Автореф. дис. к.с.н. – Волгоград: 2013. – 26 с.;
91. Показатели уровня жизни населения и заработной платы на территории области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://wastie.ru/geografiya/122089/index.html> (дата обращения 28.10.2013);
92. Поршнева Б. Ф. Социальная психология и история (2-е изд., доп. и испр.): Наука; Москва; 1979. С. 235;
93. Прибытков А. А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 27-29;
94. Приз Е. В. Социальная комплементарность прав пациентов и медицинских работников в отечественной медицине: дис. д.м.н. - Волгоград, 2011 – 418с.;
95. Психиатрия: история, проблемы, перспективы: монография / В. Ф. Круглянский. - Минск : Вышэйш. шк., 1979. - 208 с.;
96. Публичный доклад о результатах деятельности департамента здравоохранения Вологодской области за 2012 год [Электронный ресурс]. URL: http://okuvshinnikov.ru/files/zip/kolin_ko_2.pdf (Дата обращения 11.05.2014);
97. Рева И. Е. Комплексное медико-социальное исследование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала стоматологического профиля: дис: к.м.н. – Волгоград, 2011.–142с.;

98. Регионы России: рейтинг качества жизни. [Электронный ресурс]
URL: <http://www.regnum.ru/news/economy/1305966.html> (Дата обращения 12.07.2012);
99. Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ. Итоги 2013 года;
100. Решетников А.В. Социология медицины – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.;
101. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико – социологического мониторинга: учебно – методическое пособие. – М.: ГЭОТАР – Медиос, 2007. – 160 с.;
102. Решетников А. В. Социология медицины: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.: ил;
103. Российская социологическая энциклопедия / под ред. Г. В. Осипова. М., 1999.;
104. Руководство по социальной психиатрии/Под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.;
105. Русакова Н. Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения / Н. Л. Русакова, Л. В. Панова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ecsocman.edu.ru/data/343/877/1219/011_Rusinovax2c_Panova_147-163.pdf. (дата обращения 17.10.2013).;
106. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил.
107. Самойлова Д. Д. Медико–социологическое обоснование социализации больных при пограничных психических расстройствах: Дис. к.м.н. – М., 2011., 194 с;
108. Самые экологически грязные города России на 2013 год. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://topmira.com/goroda->

- [strany/item/47-samy-grjaznye-goroda-russia-2013](#) (дата обращения 23.11.2014);
109. Санников А.Л. Варакина Ж.Л. Характеристика и профилактика суицидального поведения в Архангельской области (методические рекомендации). Архангельск: Изд-во СГМУ, 2002. – 68 с.;
 110. Светличная Т.Г., Мосягин И.Г., Губерницкая С.В. Формирование сексуальной культуры военнослужащих: медико-социологический анализ: монография / Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. – 195 с.;
 111. Серебрякова, З. Н. К истории посемейного призрения душевнобольных в России./ З. Н. Серебрякова В сборнике: Вопросы психиатрии. Институт психиатрии АМН СССР. - М.: Институт психиатрии АМН СССР - 1959г. - 77-82с.;
 112. Скотенко О. Л. Модели взаимоотношений врача и пациента (На материалах офтальмологической практики) –дис. к.м.н. – Волгоград, 2010. – 146с.;
 113. Снижение энергетического потенциала [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://120966.vashps00.web.hosting-test.net/o/241-2012-11-17-18-35-16/20006-3-3-2-5-snizhenie-energeticheskogo-potenciala.html> (дата обращения 24.11.2013);
 114. Сокол А. Ф. Формирование общечеловеческих и профессиональных качеств врача / А. Ф. Сокол, Р. В. Шурупова // Социология медицины. - 2012. - № 2. - С. 43-44;
 115. Соломатина Е.С. Реализация концепции информированного согласия пациента в стоматологической практике: Дис. к.м.н. – Волгоград, 2014. – 146 с.;
 116. Социологический словарь // Энциклопедии & словари [Электронный ресурс]. URL: <http://encdic.com/sociology/Socialne-Praktiki-8356.html> (Дата обращения 09.09.13);

117. Статистика депрессии [Электронный ресурс]. URL: <http://lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm> (Дата обращения 15.08.2012);
118. Статистика самоубийств [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm> (Дата обращения 29.07.2014);
119. Статистика курения в России [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://ne-kurim.ru/articles/stat/statistika-kureniya-v-rossii/> (дата обращения 03.03.2014).;
120. Степанова Е. В. Концепция внедрения социальной работы в психиатрию (на примере Нижегородской области) дис. к.с.н., Нижний Новгород, 2005. – С. 170.;
121. Степанова О. Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: дис. к.м.н. – М.: 2009. – 174с.;
122. Тараканова Е.А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией.: дис. д.м.н. – Волгоград, 2011. – 424с.;
123. Уткин А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: дис. к.м.н. – М.: 2009. – 153с.;
124. Федак Б. С. Синдром выгорания у медицинских работников // Медицинская психология [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/pdf/2007/3/3> (Дата обращения 01.08.2014);
125. Федосеева Е.В., Булыгина П.А. Значение питания в жизни человека [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://nsportal.ru/ap/ap/drugoe/znachenie-pitaniya-v-zhizni-cheloveka> дата обращения 31.10.2013);

126. Философский энциклопедический словарь. — М.: Советская энциклопедия. Гл. редакция: Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов. 1983;
127. Фредерик Герцберг и трудовая мотивация [Электронный ресурс]. URL: http://www.socioego.ru/teoriya/teor_manag/teor_motiv/germ.html (Дата обращения 16.03.2014);
128. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М., 1991.с. 181;
129. Фурсик О. В. Социальный статус врача анестезиолога–реаниматолога в педиатрической практике: дис. к.м.н. – Волгоград, 2012. – 168 с.;
130. Хамитов Р.Р. Клинические, социальные и личностные предикторы особо опасного поведения психически больных): Дис. д.м.н. – Казань, 2004., 253с.;
131. Черемушникова И. К. Коммуникативная составляющая в оценке качества медицинской помощи // Гуманитарное образование и медицина, Т.62, выпуск 3, Волгоград, 2005.-С. 163-170;
132. Шабанова М. А. О некоторых преимуществах интеграции экономического и социологического анализа институциональных изменений. Статья 1: Институты, практики, роли // Экономическая социология: электрон. журн. 2006. Т. 7, № 4. URL: http://ecsoc.msses.ru/data/868/587/1234/ecsoc_t7_n4.pdf (Дата обращения 20.08.2014);
133. Шабунова А.А., Рыбакова Н.А., Тихомирова Г.В. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона (на примере Вологодской области) // Социс. – 2009. - № 8. – С. 85-91.;
134. Шендеров К. В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: дис. к.м.н. – М., 2011., 197 с.;

135. Шерешевский А. М., Сидоров П. И., Боднарук Р. В. «Верните к жизни ум больной...»: Очерки истории отечественной психиатрии дореволюционного периода, адресованные широкому кругу читателей. – Архангельск: Издательский центр АГМА, 2000. – 192 с.: ил.;
136. Шестаков В.Ю. Качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией и разработка модели по оптимизации психиатрической специализированной службы (региональный аспект): дис. к.м.н. – Тверь, 2007, с. 208;
137. Шлафер А.М. Метод комплаенс – терапии в системе лечения больных шизофренией: Автореф. дис. к.м.н. –СПб, 2012. – 26 с;
138. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / Шмуклер А.Б.: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1999. – С. 432.;
139. Юдин Б. Г. От этической экспертизы к экспертизе гуманитарной // Знание. Понимание. Умение. — 2005. — № 2. — С. 126-135.;
140. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. – М.: Добросвет. 2000. – 596 с.;
141. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — Киев: Сфера, 2004.— 272 с;
142. Ястребов В.С., Митина О.А. Специалисты психиатрического коллектива: особенности работы, профессиональное взаимодействие, личностные характеристики и межличностные отношения: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 28 с.;
143. Anastario M. P. Sexual risk behavior among military personnel stationed at border-crossing zones in the Dominican Republic / M. P.

- Anastario, M. I. Tavarez, H. Chun // Rev Panam Salud Publica. - 2010. - Vol. 28, № 5. - P.361 - 367.;
144. Andersen R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968.;
 145. Andersen R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter / R. Andersen // J. of Health and Social Behavior. – 1995. – Vol. 36, N 1. – P. 1–10.;
 146. Anderson Odin W. Health care – can there be equity? - the United States, Sweden, and England / Odin W. Anderson. – New York : Wiley, 1972. – 273 p.;
 147. Astell H, Lee JH, Sankaran S. Review of capacity assessments and recommendations for examining capacity. Journal of the New Zealand Medical Association, 27-September-2013, Vol 126 No 1383: 38-48.;
 148. Aunger R. Tooth brushing as routine Behavior / R. Aunger // International Dental Journal. - 2007. - Vol. 57. - No. 0 - P. 1 - 13.;
 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. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. Am. J. of Public Health 2010;100(7):1326–1333.;
 151. Baren J. Informed Consent to Human Experimentation. Springer Publishing Company. Retrieved 26th September, 2013 from 144 http://www.credoreference.com/entry/sppbioeth/unique_aspects_of_informed_consent_in_emergency_research.;
 152. 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.;

153. Bodur S (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 52:353–355;
154. Branstetter, S.A. Gender differences in cigarette smoking, social correlates and cessation among adolescents / S.A. Branstetter, K. Horn, G. Dino // *Addictive Behaviors*. – 2012. – No. 37(6). – P.739-742.;
155. Bravo G., Dubois M.F., Cohen C., Wildeman S., Graham J., Painter K., Bellemare S. Are Canadians providing advance directives about health care and research participation in the event of decisional incapacity? *Can J Psychiatry*. 2011. Apr;56(4):209-18.;
156. Brown et al.: Assessments of mental capacity in psychiatric inpatients: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2013 13:115.;
157. Burton C.Z., Twamley E.W., Lee L.C., Palmer B.W., Jeste D.V., Dunn L.B., Irwin S.A. Undetected cognitive impairment and decision-making capacity in patients receiving hospice care. *Am J Geriatr Psychiatry*. Apr 2012; 20(4): 306–316. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182436987 [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309124/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309124/).;
158. Callaghan M (2003). Nursing morale: what is it like and why? *Journal of Advanced Nursing Nursing*, 42:82–89.;
159. Chalmers JM. Oral health promotion for our aging Australian population. / JM. Chalmers // *Austr Dent J* – 2003 - vol. 48, - P. 2 - 9.;
160. 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.;
161. 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.;

162. Chen JY, Fox SA, Stockdale SE, Kagawa-Singer M, Cantrell C. Health disparities and prevention : Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *J. of Community Health* 2007;32(1):5–20.;
163. Challenges in Modern Health Care / D. Mechanic [et al.]. – New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2005. – 125 p.;
164. 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.;
165. Conrad, P. *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* / P. Conrad. – London: Macmillan Publishers, 2008.;
166. Cutler, D.M. *Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms* / D.M. Cutler, A. Lleras-Muney, T. Vogl // *Oxford Handbook of Health Economics*. – Oxford, 2011.;
167. Donelan K., Blendon R., Hill C, Hoffman C. et al. Whatever Happened to the Health Insurance Crisis: Voices from a National Survey//*Journal of the American Medical Association*. 1996. №276 (16).;
168. Douglas M. *The World of Goods: Towards an Anthropology of Consumption* / M. Douglas, B. Isherwood. London : Routledge, 1979.- 169 p.;
169. Eden J. Measuring access to care through population-based surveys: where are we now? (The Measurement of Access — Where Are We Now?) // *Health Services Research*. 1998. Vol. 33. No. 3.;
170. Emmett C., Poole M., Bond J., Hughes J.C.: Homeward bound or bound for a home? Assessing the capacity of dementia patients to make decisions about hospital discharge: Comparing practice with legal standards. *Int J Law Psychiatry* 2013, 36(1):73–82.;
171. Franco LM et al. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 54:1255–1266;

172. Fukuda H. Oral health status among low - income people admitted to Osaka Socio - Medical Center in Japan / H. Fukuda, K. Kuroda et al // *Int. Dent. J.* –2009. – vol. 59 - №2. – p. 96 - 102.;
173. 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.;
174. Health disparities and prevention: Racial/ethnic barriers to flu vaccinations / J. K. Chen et al. // *J. of Community Health.* 2007. - Vol. 32, N 1. - P. 5-20.;
175. Hollingshead A. B. Social class and mental illness : a community study. 1958 / A. B. Hollingshead, F. C. Redlich // *Am. J. Public. Health.* – 2007. – Vol. 97, N 10. – P. 1756–1757.;
176. Jimenez M. Racial ethnic variations in associations between socioeconomic factors and tooth loss / M. Jimenez, T. Dietrich, M. C. Shin // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2009. – vol. 37, - №3. – p. 267 - 275.;
177. Jin, F. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART / F. Jin [et al.] // *AIDS.* – 2010. – No. 24(6). – P. 907-913.;
178. Jones M. Oral health literacy among patients seeking dental care. / M Jones, JY Lee, RG Rozier. // *JADA* - 2007 – vol. 138 - P. 1199 - 1208.;
179. Junious DL et al. (2004). A study of school nurse job satisfaction. *Journal of School Nursing*, 20:88–93;
180. Kim Y. Residual schizophrenia // *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.* – 2003. Vol. 38. – P. 50–52.;
181. Kronenfeld J. J. Changing conceptions of health and life course concepts / J. J. Kronenfeld // *Health (London).*– 2006. – N 10. – P. 501–517.;

182. 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.;
183. Lea J. Crime as governance: reorienting criminology. 2005 URL: <http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (Дата обращения 01.11.2013г.);
184. Lennard H., Beaulieu MR. A Embrey N. G. Interaction in families with a schizophrenic child. / Danziger K. ed. *Readings in child socialization*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1970.;
185. Lurie N., Slater J., McGovern P., Ekstram J. et al. Preventive Care for Women: Does the Sex of the Physician Matter?//*The New England Journal of Medicine*. 1993. № 329;
186. Makinen M., Waters H., Rauch M. et al. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition // *Bulletin of the World Health Organization*. 2000. Vol. 78;
187. Marson D.C. Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013. Apr;21(4):382-90. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.033. Epub 2013 Feb 6.;
188. 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.;
189. Nauenberg, E. Aging, Social Capital and Utilization of Health Services: A Lagged Analysis / E. Nauenberg, A. Laporte, L. Shen // *Health Policy.* – 2011. – Vol. 103 (1). – P. 38-46.;
190. Nettleton, S. *The Sociology of Health and Illness* / S. Nettleton. – Cambridge: Polity Press, 2013.;

191. Nichol M.B., Stimmel G.L., Lange S.C. Factors Predicting the Use of Multiple Psychotropic Medications//Journal of Clinical Psychiatry. 1995. Vol. 56. № 2;
192. Pappas, G. Geographic Data on Health Inequities: Understanding Policy Implications / G. Pappas // PLoS Medicine. – 2006. – No. 3 (9).;
193. Phillips K.A., Morrison K.R., Andersen R.M., Aday L.A. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization // Health Services Research. 1998. Vol. 33. № 3;
194. 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.;
195. Quality improvement for mental health. – Geneva: World Health Organization, 2003. – 74 p;
196. Raphael, D. Restructuring society in the service of mental health promotion: Are we willing to address the social determinants of mental health? / D. Raphael // International Journal of Mental Health Promotion. – 2009. – No. 11 (3). – P. 18-31.;
197. Raphael, D. Social Determinants of Health: Canadian Perspectives / D. Raphael. – Toronto: Canadian Scholars' Press, 2009.;
198. Recovery from Schizophrenia: An International Perspective / K. Hopper, G. Harrison, A. Janca, N. Sartorius / A Report From the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia. – Oxford: Oxford University Press, 2007.;
199. Sararaks S, Jamaluddin R (1999). Demotivating factors among government doctors in Negeri Sembilan. *Medical Journal of Malaysia*, 54:310–319;
200. Solar, O. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health / O. Solar, A. Irwin. – Geneva: WHO, 2007.;

201. Szasz, T.S. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays / T. Szasz. – Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007.;
202. Taylor, S. Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care / S. Taylor, D. Field. – N.J.: Wiley-Blackwell, 2007.;
203. The world health report 2000 Health systems: improving performance
Электронный ресурс. — Режим доступа:
<http://www.who.int/whr/2000/en/>. (Дата обращения 13.10.2014);
204. Turner L. W. Design and implementation' of osteoporosis prevention program using the health belief model / S. B. Hunt, R. DiBrezzo, C. Jones // Am. J. of Health Studies. 2004. - Vol; 19, N 2. - P. 115-121.;
205. Unmet Health Care Needs of Homeless Adults : A National Study / T. P. Bagget et al.//Am. J; of Public Health;-2010;-VoL 100;N.7.-P.1326-1333;
206. Ustun T. B., Sartorius N. (Eds). Mental. Illness in General Health Care: An International Study. – Chichester, 1995. – N 5. – P. 16-32;
207. Wildeman S., Dunn L.B., Onyemelukwe C. Incapacity in Canada: review of laws and policies on research involving decisionally impaired adults. American Association for Geriatric Psychiatry. 2013 Apr;21(4):314-25. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.042. Epub 2013 Feb 6.;
208. Yadav DS, Torne G. Patient Management; Capacity—Everyone's business. Foundation Years Journal 2011; 5 (10): 19-2.;
209. Yaktin US et al. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33:384–390;
2010. Yuval Melamed, Lili Yaron-Melamed, Jeremia Heinik Guardianship Appointment: Current Status in Israel // Isr J Psychiatry Relat Sci - Vol 47 - No.4 (2010): pp. 260-268.;
211. Zamyatina I.I., Social health cohort study of people receiving outpatient psychiatric care due to incapacity due to mental disorder/

Zamyatina I.I., Poplavskay O.V., Karaduta V.K., Chernaya N.A. // International Journal for Experimental Education, №4. - 2014. - С 30-31.

Программа и методика исследования

Этап	Предмет исследования	Метод исследования	Объект исследования	Объем исследования
1	Методологические и методические основания к изучению феномена социальной практики здравоохранения	Сравнительный анализ	Статьи, монографии, аналитические доклады, результаты научных исследований, нормативно-правовые документы	211 источников литературы, из них 59 – зарубежных
2	Общественное психическое здоровье и его социальная обусловленность	Сравнительный анализ	Статистическая отчетность психиатрической службы ВО (ф.10,36).	2000-2013 гг.
3	Медико-социальный портрет потребителей психиатрических услуг	Статистическая «Карта изучения медико-социального портрета потребителей психиатрических услуг» (анкетирование)	Психически больные и здоровые лица	368 пациентов: амбулаторных-227 стационарных 141. 399 психически здоровых лиц
4	Медико-социальный портрет провайдеров психиатрических услуг. Удовлетворенность медицинским трудом. Тип отношений между медицинскими работниками и пациентами	Статистическая «Карта изучения медико-социального портрета провайдеров психиатрических услуг» (анкетирование)	Медицинские работники (врачи и медицинские сестры)	393 медицинских работника: врачей - 131, медицинских сестер-262

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Распределение потребителей психиатрических услуг по основным
изучаемым признакам и их группам, (абс., %)**

Наименование признака и его группы		Значение признака			
		пациенты		здоровые	
		Абс.	%	Абс.	%
Пол:	Мужчины	193	52,4	229	57,4
	Женщины	175	47,6	170	42,6
Возраст (годы):	18-44	195	52,9	198	49,7
	45-49	161	43,9	187	46,7
	60 лет и старше	12	3,2	14	3,6
Место жительства	город	231	62,4	231	57,9
	район	137	37,6	168	42,1
Тип родительской семьи	Полная	220	59,8	339	85,0
	Воспитывался с одним из родителей	111	30,2	60	15,0
	Воспитывался с бабушкой/дедушкой или другими родственниками	23	6,3	-	-
	Воспитывался в детском доме	14	3,7	-	-
Семейный статус	Женат / замужем	129	35,1	152	38,1
	Сожительство (незарегистрированный брак)	109	29,6	113	28,3
	В разводе	109	29,6	88	22,1
	Вдова / вдовец	21	5,7	46	11,5
Количество детей	нет	77	20,9	172	43,1
	1	194	52,7	162	40,6
	2	49	13,3	44	11,0
	3 и более	48	13,1	21	5,3
Образовательный статус	Начальное среднее	24	6,5	-	-
	Среднее полное	42	11,4	227	56,9
	Среднее специальное	189	51,4	66	16,5
	Незаконченное высшее	23	6,3	-	-
	Высшее	90	24,4	106	26,6
Трудовой статус	Безработные	31	8,4	9	2,2
	Рабочие	234	63,6	319	80,0
	Служащие	84	22,8	59	14,8
	Предприниматели	8	2,2	5	1,3
	Пенсионеры	11	3,0	7	1,7
Уровень доходов	Ниже прожиточного минимума	108	29,3	26	6,5
	Выше прожиточного минимума	260	70,7	373	93,5
Жилищный статус	Отдельная квартира	268	72,9	366	91,7
	Коммунальная квартира	62	16,8	-	-
	Комната в общежитии	38	10,3	33	8,3
ВСЕГО		368	100	399	100

Нозологический состав обследуемых больных

Диагностическая категория по МКБ 10	Шифр МКБ-10	Абс. число	%
Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F 00-F09	63	17,1
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F 20- F 29	48	13,1
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	F 40- F 48	257	69,8
Всего		368	100,0

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Распределение провайдеров психиатрических услуг
по основным изучаемым признакам и их группам (абс., %)

Наименование признака и его группы		Значение признака	
		Абс.	%
Пол:	Мужчины	75	19,1
	Женщины	318	80,9
Возраст (годы):	18-29	61	15,5
	30-39	61	15,5
	40-49	130	33,1
	50-59	96	24,4
	60 и старше	45	11,5
Стаж (годы):	0-9	118	30,0
	10-19	124	31,6
	20-29	94	23,9
	30 и более	57	14,5
Специальность:	Врач	131	33,3
	медицинская сестра	262	66,7
Квалификационная категория	Высшая	5	1,3
	Первая	190	48,4
	Вторая	75	19,1
	нет категории	123	31,2
Сертификат специалиста	Есть	374	95,2
	Нет	19	4,8
ВСЕГО		393	100

**«Карта изучения медико-
социального портрета
потребителей психиатрических
услуг»**

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы. Мы гарантируем полную анонимность. Заранее благодарим за ответы и израсходованное на них время.

1. Пол: м. -1; ж. - 2.

2. Житель города – 1; района – 2

3. Сколько Вам полных лет: _____

Медико - демографические

4. Ваше семейное положение:

1. замужем (женат);
2. живем вместе, но брак не зарегистрирован;
3. живем вместе, но официально не разведены;
4. в разводе;
5. вдова (вдовец);
6. никогда не был (а) женат (замужем).

5. Укажите количество детей в Вашей семье:

1 нет; 2- 1; 3 – 2; 4 – 3 и более;

6. Состоят ли члены Вашей семьи на учете в психоневрологическом диспансере:

1 – да; 2 – нет;

7. Посещали ли Вы детские дошкольные учреждения: 1. – да; 2 – нет

8. Тип Вашей родительской семьи. 1. – полная, 2 – воспитывался с одним из родителей; 3 – воспитывался с бабушкой/дедушкой или другими родственниками; 4 – воспитывался в д/д

9. Всегда ли Вы можете рассчитывать на поддержку членов своей семьи в сложной ситуации: 1. да; 2. нет; 3. затрудняюсь с ответом

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

10. Как Вы можете охарактеризовать отношения в Вашей семье: 1 хорошие; 2. нейтральные; 3. конфликтные

11. Как часто Вы общаетесь с друзьями: 1 – 1 раз в неделю; 2 – 1 раз в месяц; 3 – очень редко, ощущаю дефицит общения.

12. Укажите, какое образование Вы получили:

1. вспомогательная школа;
2. начальное образование;
3. неполное среднее образование;
4. среднее образование;
5. среднее специальное образование;
6. незаконченное высшее образование;
7. высшее образование

13. Укажите Ваше официальное положение в сфере трудовой занятости:

1. безработный;
2. рабочий;
3. служащий;
4. предприниматель;
5. пенсионер, инвалид;
6. учащийся

Социально – экономические:

14. Укажите, снизили, ли Вы квалификацию за последние 5 лет 1 – да; 2 - нет

15. Укажите, количество смен места работы за последние 5 лет: 1-1 раз; 2 – до 5 раз; 3 – свыше 5 раз; 4 – не менял

16. Причина последней смены места работы: 1 – не менял; 2 – сокращение; 3 – материальная неудовлетворенность; 4 – тяжелые условия труда; 5 – конфликты с администрацией и / или коллективом;

17. Как Вы можете охарактеризовать Ваши

отношения с коллегами: 1 хорошие; 2. нейтральные; 3. конфликтные; 4 не работаю.

18. Каков доход на 1 члена Вашей семьи : 1. – до 6,6 тысяч рублей; 2 –от 6,6 до 17,6 тысяч рублей; 3 – свыше 17,6 тысяч рублей. Укажите

19. Ваше материальное положение за последний год:

1. значительно ухудшилось; 2. улучшилось; 3. осталось на прежнем уровне;

20. Занимаемая Вашей семьей (вами) жилая площадь является:

1. отдельной квартирой;
2. частью квартиры, т.е. комнатой или несколькими комнатами в квартире (доме);
3. комнатой или комнатами в общежитии;
4. частным домом или частью дома.

21 Размер жилой площади на 1 члена семьи:

1. до 18 кв.м.; 2 свыше 18 кв.м.

Медико – организационные факторы:

22. Кто, по Вашему мнению, должен заботиться о состоянии Вашего здоровья:

1. Вы сами; 2. государство; 3. медицинские работники и страховые компании; 4. затрудняюсь ответить.

23. При заболевании Вы:

1. сразу обращаетесь в лечебное учреждение;
2. лечитесь сами и только в случае возникновения серьезных симптомов обращаетесь к врачу;
3. медицинский работник, могу лечить себя сам;
4. обращаетесь за советом к знакомым;
5. обращаетесь к знахарям и народным целителям;
6. обращаетесь к священнослужителям.

24. Вы всегда оформляете лист

нетрудоспособности на время болезни:

1. да, всегда беру; 2. почти всегда беру; 3. беру, но хожу на работу; 4. не беру.

25 Вы всегда выполняете рекомендации медицинских работников:

1. выполняются; 2. частично выполняются, 3. не выполняются.

26 .С чем связано невыполнение рекомендаций врача:

1. неверие врачу и существующей медицине; 2. несогласие с методами лечения; 3. нежелание принимать лекарственные препараты; 4. неверие в возможность выздоровления; 5. недостаток денежных средств; 6. непонимание методов лечения; 7. апатия; 8. выполняют.

Поведенческие факторы:

27. Как часто Вы употребляете алкоголь

1. по праздникам; 2. 1-2 раза в месяц; 3. 1-2 раза в неделю; 4. не употребляется

28. Укажите степень Вашей физической активности:

1. Занимаюсь небольшой физической зарядкой;
2. посещаю фитнес клубы;
3. профессионально занимаюсь спортом;
4 чувствую усталость при небольших физических нагрузках.

29 Укажите, соблюдаете ли Вы режим питания: 1 – нет; 2 – да

30. Курите ли Вы: 1 – да, 2 – нет

31. Длительность наблюдения в ПНД: 1. – менее года, 2 – 1-4 года; 3 – 5 и более лет.

Вопросы, связанные с Вашими контактами с медицинским учреждением

32. Сколько времени Вы затрачиваете на дорогу до поликлиники?

1. до 10 мин
2. от 10 мин до 0,5 часа
3. от 0,5 до 1 часа
4. 1 час и более

33. Удобен ли для Вас график работы поликлиники?

1. Удобен
2. Не удобен

34. Через какой период времени Вы попадаете на прием к врачу?

1. в тот же день
2. на следующий день
3. в течение 2-7 дней
4. 7 дней и более
5. вообще не могу попасть на прием.

35. Через какой период времени в среднем Вы можете попасть на прием к врачу?

1. в тот же день
2. на следующий день
3. в течение 2-7 дней
4. 7 дней и более
5. вообще не могу попасть на прием

36. Сколько времени Вы ожидаете врача?

1. до 15 мин.
2. от 15 мин до 0,5 часа
3. от 0,5 до 1 ч.
4. от 1 до 2 часов
5. 2 ч. и более.

37. Достаточной ли квалификацией, на Ваш взгляд, обладают медицинские работники?

1. да
2. нет
3. затрудняюсь ответить

Вопросы, связанные с взаимоотношениями с медицинскими работниками

38. Всегда ли Вы выполняете предписания врача?

1. да, всегда

2. да, иногда
3. нет, никогда

39. Почему Вы не выполняете предписания врача?

1. не доверяю врачу и существующей медицине
2. не согласен с методами и лекарствами, выбранными для лечения
3. не люблю пить лекарства
4. не верю в возможность выздоровления
5. не хватает средств на лекарства
6. не до конца понимаю, что необходимо делать
7. из-за собственной лени
8. выполняют

40. Опишите Вашего врача:

1. врач-опекун (все решения принимает врач, не спрашивая мнения пациента);
2. убеждающий врач (врач предлагает на выбор план, методы лечения, лекарства и убеждает в необходимости выбора того или иного метода);
3. врач, строящий свои отношения с пациентом на взаимном доверии и согласии (роль пациента пассивная, врач доносит до пациента только необходимую на его взгляд информацию);
4. врач-информатор, предоставляющий пациенту по его требованию необходимую информацию и полную свободу выбора

41. Оцениваете свои взаимоотношения с врачом

1. полное доверие и взаимопонимание
2. частичное доверие и понимание
3. отсутствие всякого доверия и взаимопонимания
4. затрудняюсь ответить

42. Просите ли Вы врача назначить Вам какое-то лечение, выписать определенные лекарства?

1. да, часто
2. да, иногда
3. нет
4. затрудняюсь ответить

43. Выполняет ли в этом случае врач Ваши пожелания?

1. да, выполняются;
2. да, если желание совпадает с мнением врача;
3. никогда не выполняются;
4. не обсуждаю;
5. затрудняюсь ответить

44. Какие действия Вы предпринимаете, если не согласны с рекомендациями врача?

1. никаких действий не предпринимаю, выполняю, что сказано;
2. выполняю, объясняя ему свою позицию;
3. не выполняю, без объяснения своей позиции;
4. не выполняю, обвиняя его в некомпетентности;
5. не выполняю, обращаюсь к другому специалисту
6. другое _____
7. затрудняюсь ответить

45. Если у Вас появилась какая-либо побочная реакция на принимаемый лекарственный препарат, к кому Вы обратитесь в первую очередь?

1. к родственникам, друзьям или соседям;
2. к своему лечащему врачу;
3. затруднились с ответом;
4. другое _____

46. Считаете ли Вы, что медицинские работники злоупотребляют своей «властью», обладая информацией о Вашем здоровье и методах лечения?

1. да
2. нет
3. затрудняюсь ответить

47. Как Вы оцениваете соотношение прав и обязанностей у врачей и пациентов?

1. у пациентов прав больше, чем у врачей;
2. у врачей прав больше, чем у пациентов;
3. у пациентов и врачей равные права;
4. и пациенты, и врачи бесправны;
5. затрудняюсь ответить

48. Знаете ли Вы права пациента

1. да;

2. нет;
3. затрудняюсь ответить

49. Как Вы узнали о своих правах? (можно указать несколько ответов)

1. от врачей, которые меня лечат;
2. в медицинских организациях, которые я посещал(а);
3. от сотрудников фонда обязательного медицинского страхования;
4. из информационных материалов стендов поликлиники;
5. из средств массовой информации

50. Были ли у Вас конфликты с медицинскими работниками?

1. да, постоянно;
2. да, иногда;
3. нет, никогда

51. С кем из медицинских работников у Вас возникали конфликты? (можно отметить несколько вариантов)

- 1 с врачами;
2. с медицинскими сестрами;
3. с санитарками;
4. с работниками регистратуры;
5. с администрацией учреждения;
6. со всеми в равной степени;
7. не конфликтуют

52. Необходимо ли, на Ваш взгляд, разработать правила общения медицинских работников с пациентами?

1. да;
2. нет
3. затрудняюсь ответить

53. Оцените качество оказываемой медицинской помощи.

1. отличное;
2. хорошее;
3. удовлетворительное;
4. плохое.

«Карта изучения медико- социального портрета провайдеров психиатрических услуг»

Уважаемые коллеги! Вам предлагается принять участие в социологическом опросе, позволяющем оценить взаимоотношения и психологический климат в Вашем лечебном учреждении, а также условия труда и жизни медицинских работников. Организаторы исследования гарантируют, что Ваши индивидуальные ответы огласке не подлежат и будут использованы только обобщенные результаты опроса.

Заранее благодарим Вас за участие в исследовании!

1. Ваша должность:

1. заведующим отделением;
2. врачом специалистом;
3. медицинской сестрой

2. Ваш пол

1. мужской;
2. женский

3. Ваш возраст _____

4. Стаж работы в данном ЛПУ _____

Вопросы о взаимоотношениях с пациентами

5. Почему пациенты, по Вашему мнению, не выполняют предписания врача

1. не доверяют врачу и медицине;
2. не согласны с методами лечения;
3. не любят пить лекарства;
4. не верят в выздоровление;
5. не хватает денежных средств;
6. не понимают, что делать;
7. ленятся;
8. затрудняюсь ответить

6. Опишите модель Вашего взаимодействия с пациентами? (один ответ)

1. все решения принимаю я, а пациент должен их выполнять;
2. я предлагаю пациенту на выбор план, методы лечения, лекарства и убеждаю в необходимости определенного выбора;
3. пациенты мне полностью доверяют

Приложение 5

(принятие решения о методе лечения, выбор лекарств и пр.), а я доношу до них только самую необходимую информацию;

4. я предоставляю пациентам информацию об их состоянии здоровья и методах лечения и полную свободу выбора

7. Оцените взаимоотношения с пациентами

1. полное доверие;
2. частичное доверие;
3. отсутствие доверия;
4. затрудняюсь ответить

8. Просят ли Вас пациенты назначить им определенное лечение, выписать лекарства? (один ответ)

1. да, часто;
2. да, иногда;
3. нет;
4. затрудняюсь ответить

9. Выполняете ли Вы пожелания пациентов? (один ответ)

1. всегда;
2. да, если их желания совпадают с моим мнением;
3. никогда;
4. не обсуждают;
5. затрудняюсь ответить

10. Ощущаете ли Вы свою «власть» над пациентом от обладания информацией о его здоровье и знании методов лечения? (один ответ)

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

11. Оцените соотношение прав и обязанностей у медицинских работников и пациентов? (один ответ)

1. у пациентов прав больше, чем у врачей;
2. у врачей прав больше, чем у пациентов;
3. у пациентов и врачей равные права;
4. пациенты, и врачи бесправны;
5. затрудняюсь ответить

12. Необходима ли регламентация отношений между медицинскими работниками и пациентами? (один ответ)

- 1-Да
- 2- Нет
3. Затрудняюсь ответить

Несколько вопросов о Вашей работе

13. Удовлетворены ли Вы своей работой? (один ответ)

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

14. Что Вас не устраивает в Вашей работе? (можно указать несколько ответов)

1. размер заработной платы;
2. условия труда;
3. отношения с руководством;
4. отношения с коллегами;
5. возможность профессионального роста;
6. организация труда;
7. экономическое стимулирование;
8. отсутствие современной лечебной и диагностической аппаратуры;
9. социальная поддержка государства;
10. правовая защита

15. Укажите особенности медицинского труда в психиатрии? (можно указать несколько ответов)

1. жесткая регламентация профессиональной деятельности;
2. возможности профессионального и карьерного роста;
3. ведение большого количества медицинской документации;
4. неодобрительное отношение к возникновению конфликтов в коллективе;
5. негласная поддержка и снисходительное отношение администрации к работе медицинского персонала;
6. совместное с руководством отстаивание медицинскими работниками своих прав

Вопросы о Вашем коллективе и взаимоотношениях с коллегами

16. Как часто за последний год между сотрудниками возникали конфликтные ситуации? (один ответ)

1. постоянно;
2. довольно часто;
3. иногда;
4. редко;
5. никогда

17. По каким причинам возникали конфликты? (можно указать несколько ответов)

1. стиль руководства;
2. распределение функциональных обязанностей (невыполнение, уклонение от их выполнения);
3. материальное стимулирование;
4. профессионализм некомпетентных работников;
5. условия труда;
6. дополнительное обучение;
7. конфликтная личность в коллективе

18. От чего, по Вашему мнению, зависят взаимоотношения между медицинскими работниками? (один ответ)

1. от организации труда;
2. от условий труда;
3. от коммуникабельности самих работников
4. Затрудняюсь ответить

19. Есть ли у Вас на работе друзья?

- 1-да;
2. нет

20. Влияет ли наличие друзей в коллективе на качество работы?

1. да, улучшает;
2. да, ухудшает;
3. нет;
4. затрудняюсь ответить

21. Как часто в коллективе совместно отмечаете праздничные даты?

1. постоянно;
2. редко;
3. никогда

22. Часто ли Вам предъявляются противоречивые, неясные или завышенные требования?

1. да, постоянно;
2. да, иногда;
3. редко;
4. никогда;
5. затрудняюсь ответить

Несколько вопросов о Ваших взаимоотношениях с руководством

23. Охарактеризуйте стиль руководства Вашего непосредственного начальника?

1. директивный (авторитарный, единоличный);
2. демократичный (коллегиальный);
3. попустительствующий (либеральный);
4. Затрудняюсь ответить

24. Основные причины Вашего обращения к руководителю? (можно указать несколько ответов)

1. служебные вопросы;
2. рациональные предложения;
3. личные вопросы;
4. не обращаюсь

25. Всегда ли Вы получаете от руководства требующуюся помощь и поддержку?

1. да, всегда;
2. да, иногда;
3. нет, никогда

26. Кого бы Вы хотели видеть своим руководителем? (один ответ)

1. мужчину (укажите примерно желаемый возраст);
2. женщину (укажите примерно желаемый возраст);
3. пол и возраст значения не имеют;
4. затрудняюсь ответить

27. Какими основными качествами на Ваш взгляд, должен обладать руководитель? (можно указать несколько ответов)

1. требовательность;

2. ответственность;
3. строгость;
4. чуткость;
5. компетентность;
6. справедливость;
7. отзывчивость;
8. обаяние

28. Считаете ли Вы, что деловые качества главного врача и его личные связи оказывают влияние на благополучие учреждения?

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

29. На Ваш взгляд, главный врач уделяет достаточное внимание работе Вашего отделения?

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

30. По Вашему мнению, как организован процесс оказания медицинской помощи в ЛПУ?

1. отлично;
2. хорошо;
3. удовлетворительно;
4. плохо;
5. очень плохо;
6. затрудняюсь ответить

31. Хотели бы Вы улучшить свои взаимоотношения: (можно указать несколько ответов)

1. с коллегами по работе;
2. с руководством;
3. с пациентами;
4. членами семьи;
5. отношения не требуют улучшения

Вопросы, касающиеся условий труда

32. Выделите факторы, воздействующие на эффективность работы (можно указать несколько ответов)

1. мышечное напряжение, вызванное рабочей позой;
2. сквозняки;
3. низкая температура воздуха;
4. высокое нервно-психологическое напряжение;
5. неэстетичный вид рабочего помещения;
6. недостаточная площадь;
7. недостаточная освещенность рабочего места;
8. запыленность воздуха

33. Удовлетворены ли Вы в целом условиями труда на Вашем рабочем месте?

1. да, полностью;
2. частично;
3. нет

34. Испытываете ли Вы стресс на работе и каковы его проявления? (можно указать несколько ответов)

1. плохое настроение;
2. головная боль;
3. повышенное артериальное давление;
4. сонливость, апатия;
5. не испытываю стресс

35. Как Вы выходите из стрессовой ситуации? (можно указать несколько ответов)

1. общаюсь с друзьями, родственниками и коллегами по работе;
2. принимаю седативные препараты, транквилизаторы;
3. употребляю алкогольные напитки;
4. курю;
5. занимаюсь спортом

Вопросы, касающиеся Вашего образа жизни

36. Вы курите?

1. да;
2. нет

37. Что побуждает Вас к курению?

1. это приятное занятие;
2. помогает расслабиться;
3. не могу бросить;
4. не курю;
5. затрудняюсь ответить

38. Вы употребляете алкогольные напитки?

1. употребляю;
2. не употребляю

39. Когда Вы обычно употребляете спиртные напитки? (можно указать несколько ответов)

1. по праздникам;
2. во время встреч с друзьями, родственниками;
3. ежедневно после работы

40. Удовлетворены ли Вы своим питанием?

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

41. Какие продукты Вы в основном потребляете? (один ответ)

1. из муки и крахмала;
2. растительные;
3. мясомолочные;
4. все вышеуказанное

42. Чем обусловлен выбор такого рациона питания? (можно указать несколько ответов)

1. финансовыми возможностями;
2. желанием снизить вес;
3. личным вкусом;
4. религиозными или другими принципами;
5. затрудняюсь с ответом

42а. Оцените уровень своей физической активности (один ответ)

1. Делаю утреннюю гимнастику;
2. Посещаю фитнес клубы;
3. Веду малоподвижный образ жизни

43. Оцените состояние своего здоровья?

1. хорошее;
2. удовлетворительное;
3. неудовлетворительное;
4. затрудняюсь ответить

44. Есть ли у Вас хронические заболевания?

1. да (впишите его название) _____
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

45. Обращаетесь ли Вы за медицинской помощью при появлении отклонений в здоровье? (один ответ)

1. да, во всех случаях;
2. только при появлении серьезных симптомов;
3. откладываю визит к врачу до последнего;
4. лечусь самостоятельно

46. Где Вы лечитесь? (один ответ)

1. в поликлинике по месту жительства;
2. в поликлинике по месту работы;
3. в платной поликлинике;
4. у коллег, которым доверяю;
5. самостоятельно;
6. затрудняюсь ответить

47. Назовите используемые Вами средства сохранения и укрепления здоровья (можно указать несколько ответов)

1. баню;
2. самостоятельную релаксацию, медитацию, аутогенную тренировку;
3. дыхательную гимнастику;
4. массаж;
5. затрудняюсь ответить

48. Какие мероприятия необходимо предпринять для улучшения здоровья? (можно указать несколько ответов)

1. наладить режим питания;
2. заняться спортом;
3. решить семейные проблемы;
4. решить жилищные вопросы;
5. Затрудняюсь ответить

49. Стали бы Вы больше заботиться о здоровье в случае применения руководством методов материального стимулирования?

1. да;
2. нет;
3. затрудняюсь ответить

50. Какова Ваша ежемесячная оплата труда (включая все выплаты) по основному месту

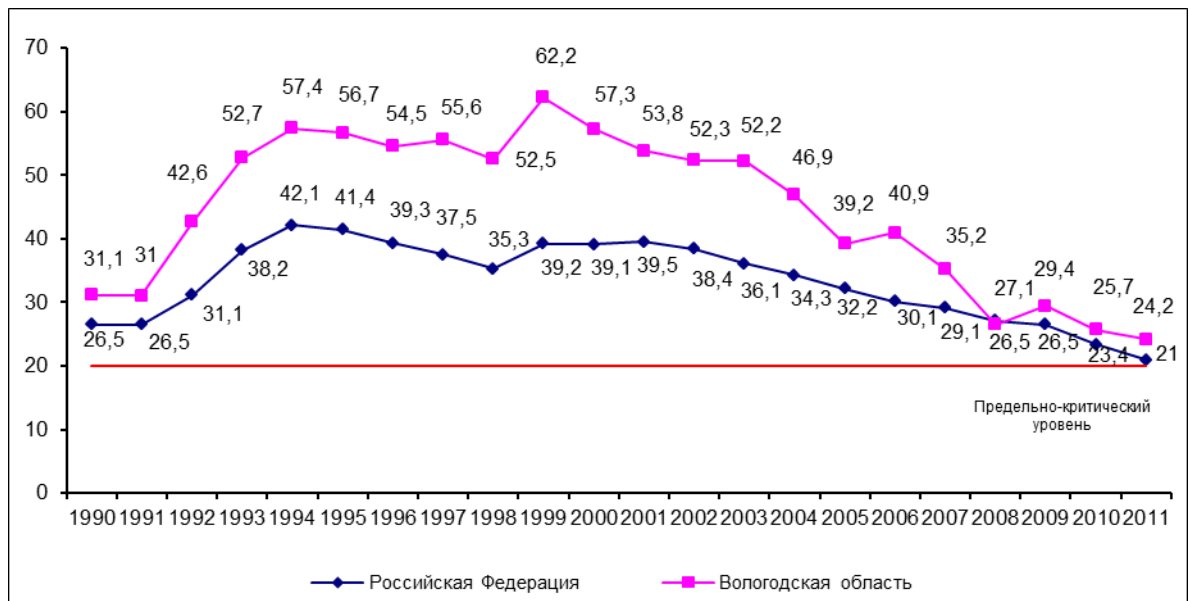
работы? (указать сумму в рублях) _____

51. Какой уровень оплаты труда по основному месту работы Вы считаете соответствующим Вашей квалификации, практическому опыту, затратам времени и физической нагрузке? (указать сумму в рублях) _____

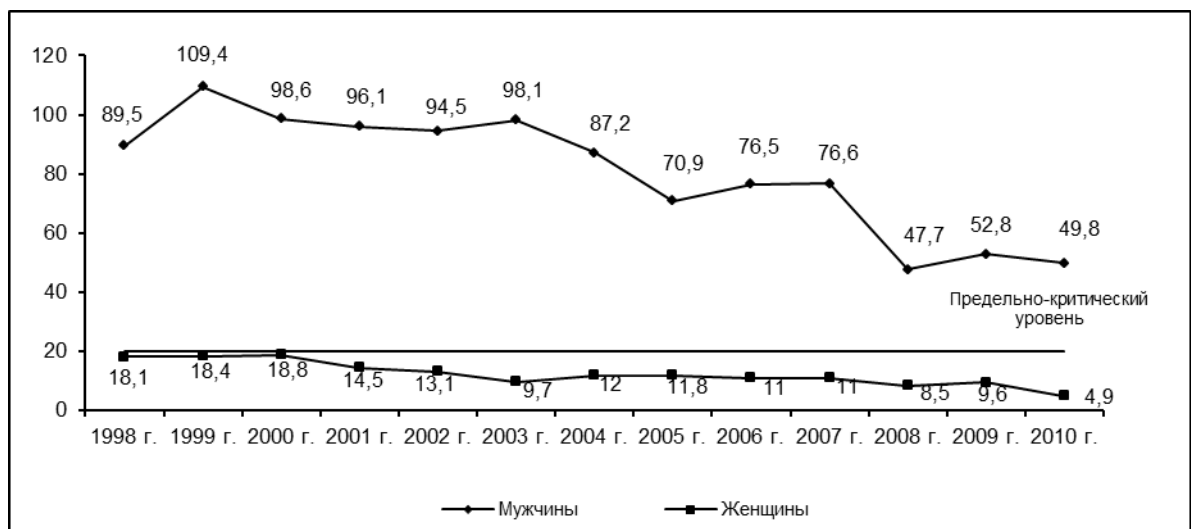
ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Корреляция психических расстройств и основных социальных факторов

	Общая заболеваемость психическими расстройствами	Первичная инвалидность психическая	Частота суицидов	Численность населения с доходами ниже прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	Употребление алкоголя на душу населения
Первичная заболеваемость психическими расстройствами	$r = 0,767$ $p = 0,001$	$r = - 0,673$ $p = 0,008$	$r = -0,726$ $p = 0,003$	$r = - 0,682$ $p = 0,007$	
Общая заболеваемость психическими расстройствами		$r = - 0,804$ $p = 0,001$	$r = -0,983$ $p = 0,001$	$r = - 0,834$ $p = 0,001$	
Первичная инвалидность психическая			$r = 0,863$ $p = 0,001$	$r = 0,648$ $p = 0,012$	
Общая инвалидность психическая					$r = 0,801$ $p = 0,001$
Частота суицидов				$r = 0,844$ $p = 0,001$	

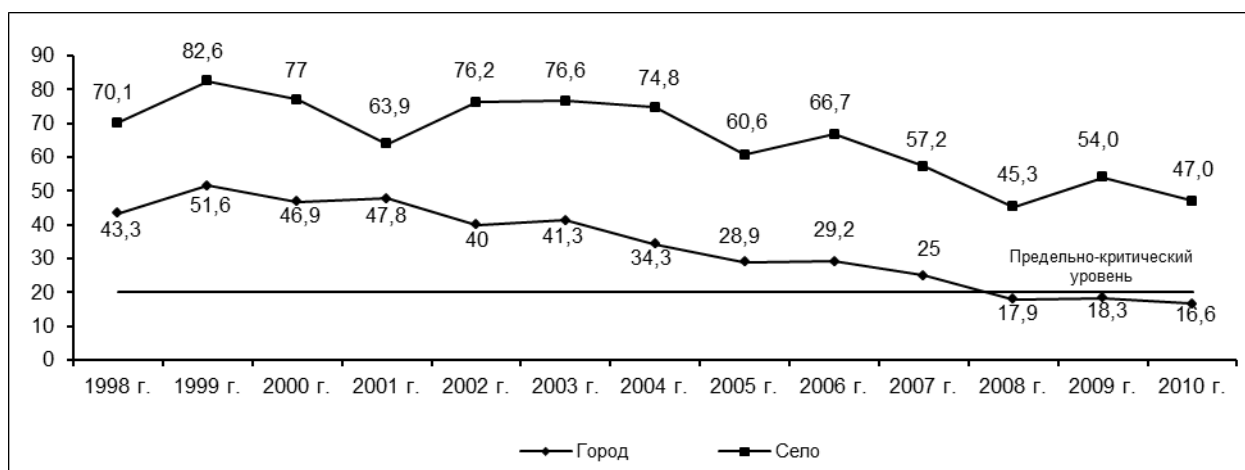


Динамика смертности от самоубийств в Вологодской области и РФ в 1990–2011 гг. (на 100000 человек)



Динамика смертности от самоубийств мужчин и женщин в Вологодской области (на 100000 человек) в 1998–2010 гг.

¹ Источник: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. - Вологда, 2012.- 83 с.



Динамика смертности сельского и городского населения Вологодской области от самоубийств (на 100000 человек) в 1998–2010 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Факторы, влияющие на удовлетворенность/неудовлетворенность
работой

Признаки	ОШ*	95%ДИ	p-уровень
1	2	3	4
<u>Модель взаимоотношения с пациентом:</u>			
- патерналистский;	1,00	-	-
- партнерский;	0,70	0,181-2,721	0,608
- интерпретационный;	1,59	0,980-2,582	0,060
- информационный	2,23	1,032-4,815	0,041
<u>Оценка взаимоотношений с пациентом:</u>			
- полное доверие	1,00	-	-
- частичное доверие	1,28	0,779-2,117	0,326
- отсутствие доверия	1,42	0,718-2,808	0,313
<u>Ощущение власти над пациентом:</u>			
- да	1,00	-	-
- нет	1,00	0,535-1,874	0,996
- затрудняюсь ответить	1,08	0,237-4,947	0,918
<u>Соотношение прав и обязанностей у медицинских работников и пациентов:</u>			
- «у пациентов прав больше, чем у врачей»	1,00	-	-
- «у врачей прав больше, чем у пациентов»	0,84	0,465-1,524	0,570
- «у пациентов и врачей равные права»	0,54	0,273-1,064	0,075
- «пациенты, и врачи неправы»	1,26	0,619-2,562	0,524
<u>Необходимость регламентации отношений между медицинскими работниками и пациентами:</u>			
- да	1,00	-	-
- нет	1,15	0,750-1,775	0,514
<u>Условия и содержание медицинского труда:</u>			
- размер заработной платы	0,87	0,565-1,344	0,533
- условия труда	1,00	0,647-1,545	1,000
- отношения с руководством	1,64	0,748-3,613	0,216
- отношения с коллегами	0,79	0,167-3,734	0,766
- возможность профессионального роста	0,78	0,385-1,596	0,502
- организация труда	1,18	0,485-2,863	0,718
- экономическое стимулирование	0,71	0,442-1,135	0,151
- отсутствие лечебно-диагностической аппаратуры	0,77	0,391-1,523	0,455
- социальная поддержка государства	1,86	1,205-2,871	0,005
- правовая защита	0,75	0,461-1,214	0,240
<u>Особенности медицинского труда:</u>			
- жесткая регламентация деятельности	0,98	0,651-1,483	0,935
- возможности карьерного роста	1,68	0,926-3,048	0,088
- ведение большого количества медицинской документации	0,62	0,392-0,997	0,049

- неodobрительное отношение к конфликтам в коллективе	1,44	0,926-2,250	0,105
- снисходительность администрации к работе персонала	0,40	0,134-1,192	0,100
- совместное с руководством отстаивание прав	2,38	0,184-30,715	0,507
<u>Частота возникновения конфликтных ситуаций между сотрудниками (за последний год):</u>			
- постоянно	1,00	-	-
- часто	0,91	0,296-2,804	0,871
- иногда	1,08	0,394-2,954	0,882
- редко	0,91	0,340-2,452	0,856
- никогда	1,10	0,394-3,092	0,850
<u>Основные причины возникновения конфликтных ситуаций:</u>			
- стиль руководства	0,90	0,539-1,516	0,703
- распределение функциональных обязанностей	0,99	0,639-1,549	0,982
- материальное стимулирование	1,41	0,917-2,172	0,117
- профессионализм некомпетентных работников	0,90	0,533-1,526	0,700
- условия труда	0,93	0,579-1,508	0,782
- дополнительное обучение	1,88	0,589-5,997	0,286
- конфликтная личность в коллективе	0,80	0,494-1,299	0,368
<u>Наличие друзей на работе:</u>			
- да	1,00	-	-
- нет	0,892	0,669-1,188	0,433
<u>Влияние наличия друзей в коллективе на качество работы:</u>			
- да, улучшает	1,00	-	-
- да, ухудшает	0,615	0,349-1,086	0,094
- нет	0,837	0,479-1,460	0,837
<u>Предъявление противоречивых/завышенных требований:</u>			
- постоянно	1,00	-	-
- редко	0,32	0,134-0,770	0,011
- никогда	0,38	0,140-1,036	0,059
<u>Причины обращения к руководителю:</u>			
- служебные вопросы	1,00	-	-
- рациональные предложения	0,64	0,411-1,012	0,056
- личные вопросы	0,74	0,376-1,469	0,394
<u>Всегда ли Вы получаете от руководства требующуюся помощь и поддержку:</u>			
- всегда	1,00	-	-
- иногда	1,29	0,842-1,971	0,243
- никогда	1,28	0,425-3,882	0,657
<u>Основные качества руководителя:</u>			
- требовательность	0,72	0,442-1,172	0,186
- ответственность	0,85	0,503-1,453	0,562
- строгость	0,58	0,312-1,074	0,083
- чуткость	0,94	0,589-1,515	0,812

- компетентность	0,72	0,385-1,362	0,317
- справедливость	1,10	0,648-1,868	0,723
- отзывчивость	0,75	0,492-1,134	0,170
- обаяние	1,14	0,674-1,916	0,631
<u>Внимание руководителя работе отделения:</u>			
- да	1,00	-	-
- нет	0,71	0,446-1,115	0,135
<u>Как организован процесс оказания медицинской помощи в ЛПУ:</u>			
- хорошо	1,00	-	-
- удовлетворительно	1,00	0,609-1,649	0,993
- плохо	0,74	0,412-1,346	0,328
<u>Хотели бы улучшить свои взаимоотношения:</u>			
- с коллегами по работе	1,26	0,791-1,996	0,334
- с руководством	0,94	0,592-1,499	0,802
- с пациентами	1,36	0,767-2,421	0,292
- с членами семьи	1,01	0,568-1,796	0,974
- отношения не требуют улучшения	0,79	0,509-1,219	0,284
<u>Неблагоприятные условия труда, воздействующие на эффективность работы:</u>			
- мышечное напряжение, вызванное рабочей позой	1,05	0,657-1,669	0,848
- сквозняки	1,33	0,820-2,173	0,245
- низкая температура воздуха	1,31	0,821-2,105	0,255
- высокое нервно-психологическое напряжение	1,13	0,669-1,904	0,650
- неэстетичный вид рабочего помещения	1,01	0,636-1,597	0,974
- недостаточная площадь	1,46	0,669-3,192	0,341
- недостаточная освещенность рабочего места	1,65	0,951-2,855	0,075
- запыленность воздуха	1,17	0,645-2,141	0,599
<u>Удовлетворенность условиями труда:</u>			
- полностью	1,00	-	-
- частично	0,88	0,486-1,603	0,683
- нет	1,27	0,601-2,702	0,528
<u>Симптомы стресс-реакции:</u>			
- плохое настроение	1,36	0,874-2,125	0,172
- головная боль	1,60	1,000-2,566	0,050
- повышенное артериальное давление	1,88	1,097-3,217	0,022
- сонливость, апатия	1,32	0,817-2,134	0,256
- не испытываю стресс	0,58	0,365-0,925	0,022
<u>Способы преодоления стресс-реакции:</u>			
- курю	0,76	0,479-1,205	0,243
- употребляю алкоголь	1,55	1,010-2,373	0,045
<u>Удовлетворенность питанием:</u>			
- да	1,00	-	-
- нет	1,16	0,693-1,951	0,567
<u>Состояние здоровья:</u>			

- хорошее	1,00	-	-
- удовлетворительное	0,96	0,587-1,565	0,865
- неудовлетворительное	1,70	0,603-4,817	0,315

Примечание: ОШ* – отношение шансов, скорректированное по возрасту, полу и должности.

Зависимая переменная «удовлетворенность работой» закодирована, как 1-удовлетворен, 2-не удовлетворен.

В-14 - каждая категория переменной закодирована 0-устраивает, 1-не устраивает

В-15, В-17, В-27, В-31, В-32, В-34 – каждая категория переменной закодирована 0-нет, 1-да

В-36, В-38 - каждая категория переменной закодирована 1-да, 2-нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Факторы, влияющие на приверженность к лечению пациентов

	Однофакторная логистическая регрессия				Многофакторная логистическая регрессия*		
	ОШ	95%ДИ	р-уровень		ОШ	95%ДИ	Значение Вальда р-уровень
Семейное положение:							
в браке	1,00	-	-				
сожительство	0,87	0,51-1,48	0,601				
в разводе	0,80	0,47-1,37	0,411				
вдова/вдовец	1,27	0,50-3,22	0,621				
Пол:							
- мужской	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- женский	1,25	0,81-1,92	0,309	1,27	0,50-3,24	0,251	0,616
Количество детей:							
- один	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- два и более	0,47	0,28-0,78	0,003	0,145	0,03-0,61	6,883	0,009
Образование:							
- среднее	1,00	-	-				
- средне специальное	1,02	0,57-1,83	0,937				
- высшее	0,98	0,50-1,91	0,958				
Снижение квалификации за последние 5 лет:							
- да	0,69						
- нет	1,00	0,44-1,09	0,114				
Количество смен работы	1,17	0,97-1,40	0,093				
Недоверие врачу:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	9,32	4,58-18,96	<0,001	2,51	0,57-11,14	1,475	0,225
Несогласие с методами:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	23,78	9,82-57,63	<0,001	7,80	2,07-29,3	9,238	0,002
Нежелание:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	24,58	10,15-59,52	<0,001	87,9	23,3-331,9	43,601	<0,001
Неверие в выздоровление:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	7,98	3,15-20,26	<0,001	71,9	16,1-320,4	31,414	<0,001
Нет денег:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	110,9	15,03-818,3	<0,001	2673,0	239,9-297,8	41,260	<0,001
Непонимание методов:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-

- да	7,33	2,01-26,79	0,003	53,2	11,9-238,0	27,062	<0,001
Употребление алкоголя по праздникам:							
- нет	1,00	-	-	1,00	-	-	-
- да	0,43	0,26-0,70	0,001	0,95	0,34-2,66	0,010	0,919
При заболевании обращается к знахарям:							
- нет	1,00	-	-				
- да	0,76	0,43-1,38	0,372				

Примечание: зависимая переменная «выполнение медицинских рекомендаций» закодирована, как 1-выполняются, 2-не выполняются

* в многофакторной логистической регрессии использовался метод форсированного ввода