

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**БОНДАРЕНКО
Анна Сергеевна**

**РОЛЕВОЙ СТАТУС И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И
ПАЦИЕНТКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

14.02.05 – Социология медицины

**Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель –
доктор медицинских наук, профессор
Мингалева**

Наталия Вячеславовна

**Научный консультант –
Доктор социологических наук, профессор
Щекин
Геннадий Юрьевич**

Волгоград - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1. Проблема профилактики гинекологических заболеваний как предмет изучения в социологии медицины	12
1.2. Особенности взаимоотношений врача и пациентки в акушерско-гинекологической практике	25
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1. Характеристика исследовательского поля	41
2.2. Методы исследования	44
ГЛАВА III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ	
3.1. Профилактические осмотры в системе акушерско-гинекологической практики (по материалам клинических исследований)	52
3.2. Отношение врачей акушеров-гинекологов к своей профессии - основа формирования установок на профилактическую деятельность	68
3.3. Отношение врачей акушеров-гинекологов к собственному здоровью как необходимое условие их профилактической деятельности	89
3.4. Социальные диспозиции врачей акушеров-гинекологов и пациенток в отношении к профилактике: сходство и отличия	111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	131
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	136
ПРИЛОЖЕНИЯ	147

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблемы сохранения репродуктивного здоровья женщин в России стоят очень остро. В последние годы уровень гинекологических заболеваний в нашей стране неуклонно растет. Так, согласно данных медицинской статистики, только за 5 последних лет в России увеличилась заболеваемость эндометриозом - на 26 процентов, воспалительными заболеваниями - на 10 процентов, количество нарушения менструального цикла возросло в 1,6 раза¹. Особую тревогу вызывает здоровье молодого поколения. За те же 5 лет количество воспалительных заболеваний репродуктивных органов среди 15-17 летних возросло в 50 раз, а нарушение менструального цикла стало, скорее, нормой, чем отклонением от нее. В результате женское бесплодие увеличилось за этот период в 1,4 раза. Большое влияние на этот процесс оказывают аборты. Хотя за последние годы наметилась положительная тенденция в соотношении роды/аборты (5 лет назад это соотношение составляло 100/112, в настоящее время - 100/67)². Своевременная диагностика и приверженность профилактике гинекологических заболеваний позволяют избегать рисков для здоровья в этой сфере. Но как раз профилактическое направление в медицине в настоящее время наименее развито.³ Даже в Национальных руководствах по акушерству и гинекологии нет специального раздела, посвященного профилактическому направлению в этой области медицинской деятельности. Наличие достаточного числа нормативных документов, регламентирующих деятельность по проведению профилактических осмотров в акушерстве и гинекологии не компенсирует отсутствия концептуальной базы этого направления, поскольку они не содержат предписаний по вопросам

¹ Статистика: уровень гинекологических заболеваний растет// <http://www.chirkoff.com/o-zhenshhiny/statistika-uroven-ginekologicheskix-zabolevanij-rastet.html>. Доступ – 12.05.2014.

² Там же.

³ См. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. М. – 2005; Айламазян Э.К. Гинекология. М. – 2013; Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. М. – 2009.

индивидуальной профилактики⁴. В основополагающем документе «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» термин «профилактика» встречается всего 2 раза – в разделе 4.2.3 «Организация медицинской помощи» и то только в отношении вакцинации и реабилитации (вторичная профилактика). Очевидно, что профилактическая работа в области охраны репродуктивного здоровья женщин обеспечивается как усилиями медицинских работников, так и усилиями самих пациенток, поэтому их взаимодействие в этом вопросе играет существенную роль в ее оптимизации. Но как раз взаимоотношение врачей и пациенток, их личные установки в вопросах профилактики трудно поддаются формализации и не могут регулироваться какими-то нормативными документами, как в случае профилактических осмотров. Поэтому особое значение приобретает рассмотрение роли врача и пациента как агентов профилактики в исследовательском поле социологии медицины.

Цель исследования – изучить ролевой статус и взаимоотношения врача и пациентки как факторы, определяющие эффективность профилактической работы в акушерско-гинекологической практики и разработать рекомендации по их оптимизации.

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

- проанализировать имеющиеся в социологии медицины исследования по проблемам акушерско-гинекологической практики и систематизировать содержащиеся в них данные по профилактическому направлению в данной области;
- оценить медико-социальное значение обязательных профилактических мероприятий в акушерско-гинекологической практике на материале профилактических осмотров и диспансеризации населения;

⁴ Приказ МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Приказ МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», Приказ МЗ РФ от 03 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», Приказ МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 февраля 2010 г. №55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан».

- на основе данных социологического опроса эксплицировать отношение врачей акушеров-гинекологов к своей профессии как основу для формирования установок на профилактическую деятельность;
- выяснить установки врачей акушеров-гинекологов в отношении к собственному здоровью и их персональную приверженность профилактике заболеваний, в том числе, гинекологических;
- провести компаративный анализ социальных диспозиций врачей акушеров-гинекологов и пациенток в отношении к профилактике, показать их сходство и отличия;
- разработать рекомендации по повышению эффективности профилактической работы в акушерстве и гинекологии как в процессе проведения обязательных мероприятий, так и в сфере межличностной коммуникации врачей и пациенток.

Объект исследования – система профилактики в акушерско-гинекологической практике.

Предмет исследования – ролевые диспозиции врачей и пациенток в реализации профилактического направления в акушерско-гинекологической практике

Гипотеза исследования. В медицине под профилактикой понимается система мер по предупреждению заболеваний, сохранению здоровья и продлению жизни. Очевидно, что эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациентов. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально.

Эффективность взаимодействия акушеров-гинекологов и пациенток в профилактике гинекологических заболеваний зависит не только и не столько от качества выполнения врачами своей профессиональной роли, но и от того, насколько адекватно понимают эту роль пациентки, равно как и от того, насколько представления врачей о них соответствуют действительности. Данный вопрос до сих пор не изучался. В контексте биоэтики и

медицинского права существуют исследования отношений врача и пациента в нормативном поле медицины, но проблема комплементарности их социальных ролей не рассматривается. Некоторые интересные выводы по этому вопросу можно найти в исследованиях по клинической психологии, но здесь также взаимодополняемость социальных ролей остается без внимания, так как выходит за пределы предмета данной науки. Социология медицины позволяет провести компаративный анализ отношений пациентов и врачей акушеров-гинекологов к общим ценностям и разработать рекомендации по их оптимизации.

Научная новизна исследования заключается в экспликации ролевых диспозиций врачей и пациентов в реализации профилактического направления в акушерско-гинекологической практике и выработке рекомендаций по их оптимизации.

Диссертантом доказан бинарный характер профилактического направления в акушерстве и гинекологии и установлена диспропорция в развитии обязательных профилактических осмотров и персональной профилактической работы врача с пациенткой.

Обнаружено отклонение от рекомендуемой нормы заботы о здоровье у врачей: приоритет самолечения над профилактикой. Выявлены причины такого отклонения: а) профессиональные особенности группы медицинских работников, которые обладают, в отличие от пациентов, необходимыми знаниями для самолечения, и б) материальное положение врачей акушеров-гинекологов, которое не позволяет им полностью удовлетворять свои потребности в сфере охраны собственного здоровья.

Выявлена позиция женщин-пациенток в вопросах профилактики, отличительными чертами которой является осознание личной ответственности за свое здоровье в сочетании с некомплаентностью и нерегулярностью проведения профилактических мероприятий.

Разработаны рекомендации по возрождению традиции профилактических осмотров по выявлению гинекологической патологии и ее

профилактике, в том числе, по месту жительства (в территориальных женских консультациях), по совершенствованию скрининговых программ обследования, по разработке алгоритмов маршрутизации пациенток по результатам профосмотров, по дальнейшей институционализации и персонализации профилактической работы.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. В медицине под профилактикой понимается система мер по предупреждению заболеваний, сохранению здоровья и продлению жизни. Очевидно, что эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациентов. В системе акушерско-гинекологической практики профилактика носит бинарный характер: 1) существуют обязательные (массовые) профилактические мероприятия и 2) индивидуальная работа врача с пациенткой. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально.

2. Исследования, посвященные вопросам профилактики среди работ по социологии медицины отсутствуют, но эта тема, так или иначе, поднимается во всех работах, посвященных деятельности врачей акушеров-гинекологов. Основными выводами из данных исследований являются следующие: 1) установки на обращение к врачу по поводу вопросов профилактики среди женщин выражены слабо, 2) установки на профилактику гинекологических заболеваний непосредственно связаны у пациенток с установками на здоровый образ жизни, 3) врачи акушеры-гинекологи ведут профилактическую работу, но не считают это направление приоритетным в своей деятельности.

3. Специфические мотивы предупреждения заболеваний женской репродуктивной системы в системе мотивации к профессии у врачей акушеров-гинекологов не выражены. Обратно пропорциональная зависимость между отношением к работе и отношением к уровню ее оплаты,

неудовлетворенность заработной платой элиминируют стимулы для активизации профилактической деятельности. Другими словами, обязательные мероприятия (например, профосмотры) выполняются, но индивидуальная работа с пациентками часто ограничивается стандартными рекомендациями.

4. В вопросах борьбы с болезнью поведение врачей акушеров-гинекологов значительно отличается от того, что они советуют своим пациентам. Почти половина опрошенных врачей (47,3) демонстрирует истинность своей установки на умеренную заботу о здоровье, но 36,3% принципов профилактической медицины не разделяют. Отличие установок врачей акушеров-гинекологов в вопросе о характере медицинской помощи в случае болезни от того, что они рекомендуют пациентам, объясняется определенной профессиональной деформацией и некоторыми позициями корпоративной этики, но оставляет возможность для возникновения недоверия к врачу у пациента.

5. Женщины-пациентки, хотя и озабочены состоянием своего здоровья, часто демонстрируют некомплаентность и позднюю обращаемость к врачу. В вопросе профилактики и охраны здоровья женщины-пациентки рассчитывают, прежде всего, и в основном, на себя самих (63%), хотя многие (21,8%) доверяют в этом вопросе лечащему врачу. Врачи акушеры-гинекологи также считают основными субъектами профилактики пациенток (63%), но демонстрируют неосведомленность в их установках – на вопрос о том, интересуются ли их пациентки вопросами здорового образа жизни, ответили только 5,3% опрошенных акушеров-гинекологов.

6. Основная профилактическая работа проводится акушерами-гинекологами при личном контакте с пациенткой на амбулаторном приеме или в стационаре, но она мало эффективна вследствие следующих причин: а) врачи не интересуются позицией женщин в вопросах профилактики; б) врачи возлагают основную ответственность за профилактику гинекологических заболеваний на самих пациенток, в) условия труда и его оплата не

стимулируют врачей к активизации персонифицированной профилактической деятельности, которая выходит за рамки их Должностных инструкций, г) пациентки акушерско-гинекологической практики демонстрируют низкую культуру потребления медицинских услуг.

Методологическая база исследования. Методология исследования разработана на основе фундаментальных работ по социологии медицины (А.В.Решетников, Ю.П. Лисицын; С.А.Ефименко, В.В.Деларю), медицинскому праву и биоэтике (А. Карми; В.И. Петров; А.Н.Пищета; Н.Н.Седова; Ю.Д. Сергеев; И.В. Силуянова; П.Д. Тищенко; Н.В. Эльштейн; Б.Г. Юдин; и др.), моделей ролевого поведения врача и пациента (Е.Ј.Еsmanuel, Р.Вич, О.В.Костенко).

Методология оценки профилактической работы врача акушера-гинеколога основана на разработках В.И. Бодяжиной с соавт.; Н.В. Журилова с соавт.; В.И. Кулакова; Н.В Мингалевой.; Т.Б. Поповой; В.Н. Прилепской; В.П. Сметник с соавт.; Л.В. Ткаченко.

В работе использованы общенаучные методы (системный подход, структурно-функциональный анализ), методы конкретной социологии – интервью, анкетирование.

Клинические методы применялись в процессе изучения системы профилактических осмотров в общеполиклинической сети и включали в себя флюорографию легких, маммографию (женщинам с 39 лет), осмотр врача акушера-гинеколога, включая взятие мазка с шейки матки на цитологию (онкоцитологию), определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, определение количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов, уровня глюкозы крови, общего холестерина и других методов, предусмотренных нормативными документами, а также в женской консультации с дополнительным обязательным проведением УЗИ матки и придатков, УЗИ молочных желез и др.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в выделении «персонализированной профилактики» как одной

из сторон профилактической работы в акушерстве и гинекологии и подробном ее анализе. Данный анализ позволил вскрыть причины низкой эффективности в реализации данного направления и разработать рекомендации по 1) совершенствованию проведения профилактических осмотров, 2) формированию установок женщин-пациенток на здоровьесберегающее поведение, в) корректировке условий труда, а также образовательного процесса в подготовке врачей акушеров-гинекологов с целью мотивации их к персонализированной профилактической деятельности.

Результаты исследования могут быть использованы в работе региональных органов здравоохранения в ходе реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 года, а также в системе последипломного образования врачей акушеров-гинекологов.

Апробация работы проходила на научных форумах разных уровней (Москва, 2014, 2015; Волгоград, 2013; Пятигорск, 2015; Екатеринбург, 2015; Сочи, 2014; Краснодар, 2013, 2014, 2015 и др.). Программа социологического исследования закреплена актом внедрения. По материалам исследования подготовлено и внедрено в практику работы ФУВ ВолгГМУ методическое пособие «Модели взаимоотношений врача и пациентки в системе профилактики гинекологических заболеваний» (2015). Использование практических рекомендаций диссертанта закреплено актами внедрения МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1».

Программа и дизайн исследования прошли экспертизу в Региональном независимом этическом комитете Волгоградской области.

По материалам диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 5 – в журналах Перечня ВАК.

Структура диссертации. Диссертация состоит из Введения, трех глав, Заключение, Списка литературы (191 источник) и двух Приложений. Объем работы – 147 стр.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Любой анализ проблем профилактики в акушерско-гинекологической практике должен начинаться с определения основных понятий. И в этом смысле дефиниция понятия «Акушерство и гинекология» не представляет трудностей, поскольку, согласно традиции, акушерство и гинекология являются единой специальностью, занимающейся охраной здоровья женщины⁵. Труднее было выяснить смысл понятия «профилактика», поскольку медицинские публикации часто содержали тавтологичное и неинформативное определение типа «*Профилактика гинекологических заболеваний* - это профилактика заболеваний женских половых органов»⁶ или сугубо дескриптивное определение: «... **профилактика гинекологических заболеваний включает в себя следующее:**

- своевременное лечение инфекционных и прочих заболеваний;
- охрану здоровья, начиная с периода внутриутробного развития;
- своевременное лечение последствий родовых травм;
- отказ от вредных привычек;
- ведение здорового образа жизни (в том числе, закаливание);
- соблюдение правил общей гигиены, гигиены половой жизни и половых органов»⁷.

Очевидно, что описание всегда будет неполным, кроме того, профилактика как часть профессиональной деятельности для врача акушера-гинеколога и профилактика как составляющая здорового образа жизни для пациентки – это разные формы деятельности и, соответственно, результат

⁵ Гинекология и акушерство// <http://ginekol.com/> - Доступ 07.07.2013.

⁶ Профилактика гинекологических заболеваний// http://www.moscow-medic.ru/profilaktika_ginek_zabolev - Доступ 07.07.2013

⁷ Профилактика гинекологических заболеваний// <http://www.minibanda.ru/u/59853/note/profilaktika-ginekologicheskix-zabolevanij> - Доступ 07.07.2013

реализации разных установок. Учитывая данное соображение, мы посчитали наиболее правильным руководствоваться в работе общим определением профилактики, содержащимся в толковых словарях, а не в специальных работах, которые не ставят целью экспликацию смысла понятий. В толковых словарях нет существенной разницы в интерпретации термина «профилактика»:

Значение слова Профилактика по Ефремовой:

Профилактика – совокупность мероприятий, предупреждающих заболевания и направленных на создание здоровых условий труда и быта населения.

Значение слова Профилактика по Ожегову:

Профилактика – совокупность предупредительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление нормального состояния, порядка.

Значение слова Профилактика по словарю Ушакова:

Профилактика - (от греческого *prophilaktikos* – охранительный) мед. Совокупность мероприятий, предупреждающих заболевания⁸.

Таким образом, в медицине под профилактикой понимается система мер по предупреждению заболеваний, сохранению здоровья и продлению жизни. Очевидно, что эти мероприятия могут проводиться самим человеком в отношении собственного здоровья или профессионалом-медиком в отношении здоровья пациентов. В системе акушерско-гинекологической практики профилактика носит бинарный характер: 1) существуют обязательные (массовые) профилактические мероприятия и 2) индивидуальная работа врача с пациенткой. Данная дихотомия до сих пор не рассматривалась в литературе специально.

1.1. Проблема профилактики гинекологических заболеваний как предмет изучения в социологии медицины

В исследованиях по социологии медицины проблемам акушерско-гинекологической практики уделяется достаточно большое внимание, хотя

⁸ Профилактика // <http://tolkslovar.ru/p23777.html> - Доступ 07.07.2013.

инициативные исследования в этой области отличаются известной фрагментарностью. Очевидно, идет пока накопление материала для концептуального социологического осмысления медицинских возможностей и социальных механизмов системы охраны репродуктивного здоровья женщин. Мы постарались выделить профилактическую тему в диссертационных работах по социологии медицины, защищенных в совете Д 208.008.04 при Волгоградском государственном медицинском университете за последние 5 лет.

В 2010-м году была выполнена работа Атагаджиевой М. С. «Социальные и клинические особенности медикализации предменструального синдрома»⁹, где выяснялась роль врачей и пациенток как агентов медикализации предменструального синдрома, была проведена социологическая экспертиза клинических представлений о нем и разработаны рекомендации по повышению качества жизни женщин в ситуации ПМС. Диссертант разработал Шкалу медикализации ПМС, провел исследования качества жизни статуса женщин основной и контрольной групп и обнаружил значительные изменения вегетативной реактивности и большую распространенность синдрома вегетативной дистонии у женщин с предменструальным синдромом. Принципиальным был вопрос о поведении врача в профилактике и лечении ПМС. В работе убедительно показано, что побудительными мотивами для медикализации ПМС у пациенток выступают, как клинические, так и психо-социальные факторы, при этом они соотносятся как 2:1. Поскольку в качестве наиболее неприятных ощущений при ПМС пациентки отметили болевые ощущения (64,3%), то и в качестве средств помощи они выбрали, прежде всего, болеутоляющие средства (44,8%). Второе место занимают седативные средства (25,3%). Врачи акушеры-гинекологи, как показано в работе, рассматривают ПМС как

⁹ Атагаджиева М. С. Социальные и клинические особенности медикализации предменструального синдрома// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2010.

болезнь или как маркер другого заболевания, которое может развиваться латентно, но усугубляет симптоматику предменструального синдрома (89,3%). Поэтому они настаивают на профилактике ПМС – и в этом пациентки с ними полностью согласны. Как показали данные проведенного диссертантом опроса, установки на медикализацию ПМС есть у 70,1% пациенток, страдающих ПМС, причем, все женщины, косвенно, оценили его как реальный или потенциальный предмет медицинского вмешательства, ни одна из них не признала его естественным состоянием, не требующим медицинского вмешательства. 77,8% пациенток считали бы справедливым выдачу листка нетрудоспособности при ПМС. Врачи тоже считают, что женщины сами не могут справиться с негативными симптомами ПМС, но полагают, что их можно предупредить, тогда и вопрос о «больничном» снимается. *В данной работе мы видим общность подходов врачей акушеров-гинекологов и женщин-пациенток в проблеме профилактики, но – в очень узкой области.*

В исследовании А.О.Чахоян¹⁰ заявлена необходимостью поиска социальных механизмов совершенствования формирования репродуктивного поведения женщин. Очевидно, что профилактика должна занимать ведущее место в этом процессе, тем более, что результаты исследования предоставляют методико-методологическую базу для координации усилий медицинских работников как между собой, так и с другими агентами социализации в разработке программ и реализации мероприятий по формированию рационального репродуктивного поведения женщин, в особенности, раннего фертильного возраста. Диссертант сделал упор на просветительно-образовательные методы, которые как раз и входят в комплекс профилактических мероприятий. Интересным в работе является то, что диссертант считает необходимыми не только разработки

¹⁰ Чахоян А. О. Врач-акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2011.

образовательных программ для женщин раннего фертильного возраста, студенток средних специальных и высших учебных заведений, но и обучение самих врачей, рекомендуя специально организованные тренинги для них в рамках последиplomного и дополнительного образования. Здесь впервые высказана мысль о том, что установку на профилактическую деятельность необходимо формировать сначала у самих акушеров-гинекологов, а уже потом, с их помощью, у женщин-пациенток. Причем, эффективной эта работа будет только тогда, когда начинается с раннего юношеского возраста, о чем подробно говорится в исследовании Б.Р.Гонежуковой¹¹.

Актуальность темы исследования определяется значимостью проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи. Отмечен низкий уровень элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего молодёжи, о физиологии и патологии репродуктивной системы, а так же об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы, об эффективных методах контрацепции. Теоретическая и практическая значимость результатов исследования состоит в обосновании выделения девушек-студенток в отдельную группу как субъектов контрацептивного поведения и позволяет дифференцировать отношение к ним врачей акушеров-гинекологов и фармспециалистов. Разработана санитарно-просветительная программа, включающая курсы тематических занятий-тренингов для студенческой молодежи, корректирующие имеющиеся диспропорциональные представления девушек по репродуктивному поведению и вопросам контрацепции, что будет способствовать повышению эффективности профилактики абортов и его последствий у женщин раннего фертильного возраста. Материалы исследования адресованы практическим врачам и организаторам здравоохранения, а также специалистам психологам, педагогам, социальным работникам. Что касается последних, то в

¹¹ Гонежукова Б. Р. Социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2011.

исследованиях по социологии медицины довольно часто встречается утверждение о том, что профилактическая работа врача акушера-гинеколога с пациентками должна проводиться в тесном контакте именно с социальными работниками, что позволяет врачам, оставаясь в границах своей профессиональной роли, быть уверенными, что за дверью их кабинета пациентке также будет оказана необходимая помощь и поддержка.

Специально данному вопросу была посвящена интересная работа М.А.Бязровой¹², где показано, что существует совокупность факторов, которая существенно влияет на состояние здоровья человека, но не может быть скорректирована усилиями медицинских работников, поскольку не входит в предмет их деятельности и требует специальных знаний и навыков. Дилемма, по мнению автора, решается путем включения в процесс оказания медицинской помощи социального работника. В категориальное поле социологии медицины введено понятие «медико - социальный статус», под которым понимается интегративное единство экзистенциальных, ролевых и психосоматических характеристик индивида, определяющее потребность в медицинском вмешательстве и характер такого вмешательства. Данное понятие имеет категориальный смысл именно в научном поле социологии медицины, так как ни одна другая наука не обладает методологическими и операциональными возможностями интеллектуального синтеза указанных элементов.

В исследовании обоснована необходимость расширения роли социального работника как агента репродуктивного поведения женщин, определены основные направления медико-социальной помощи беременным женщинам и разработаны рекомендации по совершенствованию медико-социальной помощи женщинам в реализации целей-ценностей репродуктивного поведения. Автором зафиксировано следующее: «Все

¹² Бязрова М. А. Роль социального работника в защите репродуктивного здоровья женщин/Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Волгоград – 2013

проинтервьюированные социальные работники отмечали, что им регулярно приходится оказывать помощь неработающим женщинам в решении проблем льготного лекарственного обеспечения и/или получения квот на высококвалифицированную медицинскую помощь. Но сами женщины за такой помощью обращаются редко: по данным опроса, за социальной помощью и поддержкой при заболевании обращались всего 12% городских и 9% сельских жительниц (от общего числа данной группы). В арсенале социальных работников имеются методы социальной защиты женщин при перегрузках на работе, но сами женщины за такой помощью не обращаются. 3,4% женщин отметили, что прибегали к помощи психолога, но никто из респонденток не знал, что защитить их интересы может и социальный работник. Женщины а) не информированы о способах защиты своих интересов, б) не связывают перегрузки в работе с возможностью вреда для репродуктивного здоровья и в) бояться, что вследствие вмешательства третьих лиц, могут потерять работу»¹³.

Здесь как раз эксплицирован тот парадокс, о котором мы говорили в начале данного раздела работы – противоречия №323-ФЗ и трудового законодательства. И нельзя не согласиться с диссертантом, что усилиями только медицинских работников это противоречие не разрешить. Кроме того, сами участники процесса оказания медицинской помощи должны соблюдать распределение ролей в сфере профилактических мероприятий. Интересная информация по этому вопросу содержится в исследовании Г.А.Хуако¹⁴

В этой работе на материале комплексного медико-социологического исследования выяснено отношение социальных субъектов – участников процесса акушерско-гинекологической помощи к их взаимодействию на первом уровне оказания этой помощи в системе сельского здравоохранения. Разработаны рекомендации по оптимизации такого взаимодействия.

¹³ Там же. С. 8 – 9.

¹⁴ Хуако Г. А. Социальные диспозиции участников процесса акушерско-гинекологической помощи в сельском здравоохранении (на материале Краснодарского края)// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград – 2013

В исследовании описана и впервые, после реализации программы модернизации здравоохранения, оценена структура оказания акушерско-гинекологической помощи в сельской местности. Диссертантом выяснено мнение врачей акушеров-гинекологов об эффективности данной структуры и выявлены нерешенные социальные проблемы охраны здоровья женщин в условиях сельской местности.

Проведен анализ отношения фельдшеров, акушерок и медицинских сестер общей практики, занятых в акушерско-гинекологической составляющей первого уровня медицинской помощи на селе, к социальным изменениям в системе охраны здоровья женщин и роли профилактической работы с сельскими жительницами. Диссертант выяснил степень удовлетворенности женщин-пациенток услугами акушерско-гинекологической составляющей сельского здравоохранения и составил медико-социальный портрет типичной сельской пациентки акушерско-гинекологической практики. По данным исследования, типичная женщина-пациентка в сельской местности предпочитает с «женскими» проблемами обращаться в женскую консультацию ЦРБ, но, как правило, чтобы встать на учет при беременности (24%) и наблюдаться при беременности (28,3%). Больше всего она удовлетворена той помощью, которую получает на ФАП-е (63,5%), довольна также помощью во врачебной амбулатории (52,7%), в участковой больнице (55%), несколько меньше довольна работой женской консультации ЦРБ (51,6%). С персоналом этих учреждений обсуждает только вопросы лечения (от 27,1% до 38,5%) и профилактики (от 21,7% до 24,1%). С врачом женской консультации обсуждает также вопросы контрацепции (20,5%) и сексуальной жизни (18,5%). Не сомневается в необходимости ФАП-ов (83,9%), врачебных амбулаторий (85,9%) и участковой больницы (93,8%) в структуре оказания акушерско-гинекологической помощи на селе. Таким образом, выделена профилактическая функция ФАПов в сельском здравоохранении. Но, к сожалению, в работе других медицинских учреждениях системы акушерско-гинекологической помощи эта функция

респондентками не отмечена, что не может не настораживать. В целом можно сказать, что установок на профилактику гинекологических заболеваний у женщин в сельской местности не сформировано. Аналогичная ситуация наблюдается и у городских жительниц, как показало исследование О.В.Илюхиной¹⁵, посвященное как раз проблеме формирования установок на профилактическое поведение женщин фертильного возраста в контексте интериоризации ценностей здорового образа жизни (ЗОЖ).

Диссертант предложил методику мониторингирования гендерно опосредованной коммуникативной среды в условиях постиндустриального городского пространства и интенсивного вовлечения женщин фертильного возраста в трудовую деятельность, согласно которой эта динамика приобретает конкордантный характер со стереотипами в самосохранительном сегменте поведенческой стратегии. Профилактический смысл этих стереотипов заявлен, но не интерпретирован. Хотя автору удалось, на основе анализа факторной среды репродуктивного здоровья женщин, разработать методические подходы к количественной оценке влияния основных групп медико-социальных факторов, ценностного пространства и коммуникативной активности, а также медико-социологическому моделированию здоровьесохраняющего поведения женщин фертильного возраста в репродуктивной сфере. Если признать, что цель профилактики в акушерстве и гинекологии – полноценная репродукция, то можно назвать проанализированные факторы профилактическими, хотя диссертант придает им более широкий смысл, связывая совершенствование участковой акушерско-гинекологической службы на долгосрочную перспективу с положениями «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.».

¹⁵ Илюхина О. В. Современная социально-психологическая модель сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста//Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2012.

Наиболее интересным в описании профилактического направления в данной работе является хронотипический ее анализ. Автор исходит из того, что разработка программ по формированию культуры ЗОЖ должна быть ориентирована на женщин фертильного возраста, обучающихся в средних и высших учебных заведений, что позволит органично интегрировать раннюю профессиональную и здоровьесохраняющую социализацию. Очевидно, что здесь также встает вопрос о распределении ролей агентов социализации, поскольку задача, поставленная автором, выходит за рамки профессиональной деятельности медицинских работников.

В отличие от рассмотренных исследований, где так или иначе встают вопросы сотрудничества акушеров-гинекологов с другими социальными агентами в организации и проведении профилактической работы с женщинами-пациентками, исключительная роль врачей акушеров-гинекологов специально рассмотрена в исследовании В.А.Григорян¹⁶. Автором изучена проблема, которая может быть решена только в контексте медиализации профилактической работы и, следовательно, требует специальных навыков от врача, как в сугубо профессиональном, так и в коммуникативном плане. Основное внимание уделено такой специфической профилактической проблеме как послеродовая контрацепция, при этом выяснена роль взаимоотношений врачей и пациенток при решении вопроса о выборе наиболее эффективной и приемлемой контрацепции у родильниц после оперативного родоразрешения, предложена модель такого типа контрацепции. Здесь мы впервые встречаемся с попыткой изучить роль интеракции врача акушера-гинеколога и пациентки как фактора эффективной профилактики.

Недостаточная профилактическая активность женщин в данной работе изучена на материале комплексного медико-социологического исследования,

¹⁶ Григорян В. А. Отношение врачей и пациенток к контрацепции после оперативного родоразрешения (опыт медико-социального анализа)// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград. 2012.

что позволило установить достоверные причины низкой приверженности россиянок к современным методам контрацепции и, более того, обнаружить отсутствие единых установок врачей в вопросе о предпочтении того или иного метода контрацепции. Важным представляется констатация недостаточной преемственности в рекомендациях профилактического характера врачей амбулаторного и стационарного звеньев.

Выясняя особенности взаимоотношений врача и пациентки при решении вопроса о выборе метода контрацепции после оперативного родоразрешения, автор провел клиническую и социологическую экспертизу «гормонофобии» врачей в решении данной проблемы, показав тем самым одну из причин слабой эффективности профилактики в послеродовом и, особенно, послеоперационном периоде. Принципиальным представляется следующий вывод В.А.Григорян: «Отсутствие преемственности в назначениях контрацепции после кесарева сечения врачами стационарного и амбулаторного звеньев порождает недоверие пациенток к мнению врачей. Только 41% выбирают метод контрацепции после беседы с врачом, каждая пятая пациентка из средств массовой информации и сведений от подруг (по 21,2% соответственно) и 16,6% из интернет-портала. Таким образом, меньше половины опрошенных родильниц получают информацию от врачей»¹⁷.

Но при всей важности данного вывода и других результатов исследования, оно все же посвящено достаточно узкой профилактической теме, хотя наработки автора могут быть использованы и при рассмотрении других аспектов профилактического направления в акушерско-гинекологической практике.

Хотелось бы отметить, что в Должностных инструкциях врача акушера-гинеколога профилактический аспект деятельности занимает одно из центральных мест. Это важно отметить, поскольку Должностные инструкции являются результатом обобщения изучения деятельности врача акушера-гинеколога в таких дисциплинах как организация здравоохранения

¹⁷ Там же. С.8.

и акушерство и гинекология. Для иллюстрации приведем один из вариантов этих инструкций.

Должностная инструкция врача акушера-гинеколога¹⁸

Врач акушер-гинеколог

Другие названия должности:

Акушер-гинеколог

Подчиняется:

Главному врачу

Подчинённые:

Отсутствуют

Цель:

*Оказывает постоянную, экстренную и неотложную квалифицированную медицинскую помощь населению по своей специальности, **используя современные способы и методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике.***

Задачи:

*Оказывает постоянную, экстренную и неотложную квалифицированную медицинскую помощь населению по своей специальности, **используя современные способы и методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике.***

Функции:

- Ежедневно проводит осмотр больного в стационаре;
- Организует и самостоятельно проводит специальные диагностические исследования и интерпретирует их результаты;
- В зависимости от состояния пациента вносит изменения в план лечения и определяет необходимость дополнительных методов обследования;
- Принимает участие в проведении профилактических мероприятий по предупреждению и снижению гинекологической заболеваемости, осложнений беременности и родов, послеродового периода;
- Осуществляет организацию и проведение профилактических гинекологических осмотров женщин с использованием современных методов обследования с целью раннего выявления и лечения гинекологических заболеваний;
- Выявляет беременных(на ранних стадиях беременности) и осуществляет их диспансерное наблюдение;
- Проводит занятия по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам и обучение их в "Школе матерей";
- Выявляет беременных, нуждающихся в госпитализации в отделения патологии

¹⁸ По данным портала obzorzarplat.ru.

беременных родильных домов и другие ЛПУ по профилю заболевания;

- ***Проводит отбор беременных женщин и гинекологических больных, подлежащих оздоровлению в санаториях-профилакториях. Дает рекомендации по трудоустройству беременных женщин, которое будет исключать влияние производственных вредностей;***
- *Принимает участие в проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров. Осуществляет своевременное взятие на диспансерный учет и динамическое наблюдение гинекологических больных, проведение им комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий с использованием санаторно-курортного лечения, а также других средств и методов обследования и лечения, анализ эффективности диспансеризации. Выявляет гинекологических больных, нуждающихся в стационарном лечении;*
- ***Дает рекомендации по диетическому питанию;***
- *Организует работу по вопросам планирования семьи;*
- ***Осуществляет индивидуальный подбор современных средств контрацепции;***
- *Проводит углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи гинекологическими заболеваниями и осложнениями;*
- *Участвует в проведении врачебно-трудовой экспертизы по определению трудоспособности больного;*
- *Планирует свою работу и анализирует ее основные показатели;*
- *Своевременно оформляет медицинскую документацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации в области здравоохранения;*
- *Соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии;*
- *В случае необходимости оказывает экстренную акушерскую и гинекологическую помощь, в том числе неотложную доврачебную помощь новорожденным;*
- *Своевременно и квалифицированно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения*
- *Соблюдает правила внутреннего распорядка;*
- *Соблюдает правила требования охраны труда, производственной санитарии и техники безопасности.*

Требования к опыту и квалификации:

Врач акушер-гинеколог относится к категории специалистов;

На должность врача акушера-гинеколога назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и прошедшее послевузовскую подготовку или специализацию по специальности «Акушерство и гинекология» и опыт работы по специальности от 1 года.

Должен знать:

законы Российской Федерации и иные нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;
задачи, основы организации, структуру и оснащение акушерско-гинекологической службы медицинского учреждения;
основы гигиены пациента в период беременности и после родов;

правила асептики и антисептики, санитарно-противоэпидемический режим родовспомогательных учреждений;
методы и принципы профилактики гинекологических заболеваний;
основы контрацепции и здорового образа жизни;
правила и нормы охраны труда, производственной санитарии, техники безопасности и противопожарной защиты;
содержание и разделы акушерства и гинекологии как самостоятельных клинических дисциплин;
задачи, основы организации, структуру и оснащение акушерско-гинекологической службы медицинского учреждения;
принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы, включая контроль над эффективностью ее деятельности.

Из 32 пунктов Функций и Требований профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога 10 непосредственно касаются профилактики, кроме того, профилактическое направление отмечено в целях и задачах акушерско-гинекологической деятельности. Другими словами, треть профессиональных обязанностей врача акушера-гинеколога носит профилактический характер. Но Должностные инструкции не содержат указаний на особенности взаимодействия врача и пациентки в сфере профилактики. И, как мы показали выше, специальные исследования акушерско-гинекологической практики в социологии медицины пока не дают достаточно материала для разработки более четкой формулировки в данном вопросе.

Выводы.

1. Проблема профилактики гинекологических заболеваний и роли врача акушера-гинеколога в этом процессе носит междисциплинарный характер, поскольку не может быть решена только усилиями медицинских работников, ее решение должно базироваться на взаимодействии всех агентов здоровьесбережения в сфере репродуктивного здоровья женщин.

Следовательно, данная проблема может быть адекватно решена в исследовательском поле социологии медицины.

2. Исследования, посвященные вопросам профилактики среди работ по социологии медицины отсутствуют, но эта тема так или иначе поднимается во всех работах, посвященных деятельности врачей акушеров-гинекологов. Основными выводами из данных исследований являются следующие: 1) установки на обращение к врачу по поводу вопросов профилактики среди женщин выражены слабо, 2) установки на профилактику гинекологических заболеваний непосредственно связаны у пациенток с установками на здоровый образ жизни, 3) врачи акушеры-гинекологи ведут профилактическую работу, но не считают это направление приоритетным в своей деятельности.

3. Во всех исследованиях отмечается необходимость координации усилий врачей акушеров-гинекологов и других агентов социализации в профилактике гинекологических заболеваний, но вопрос о значении взаимодействия врача и пациентки как фактора эффективной профилактической работы специально нигде не рассматривается.

4. Результатом обобщения данных, накопленных в таких дисциплинах как организация здравоохранения и акушерство и гинекология, по проблеме профилактической деятельности врача акушера-гинеколога являются действующие Должностные инструкции, в которых одна треть предписаний касается вопросов профилактики. Но и в них не зафиксированы особенности взаимодействия врача и пациента как диалога профилактической направленности.

1.2. Особенности взаимоотношений врача и пациентки в акушерско-гинекологической практике

Профилактика гинекологических заболеваний будет эффективной только в том случае, если и врач, и пациентка разделяют установки на

здоровьесберегающее взаимодействие. Но если для врача такие установки входят, как мы показали выше, в профессиональные обязанности, то пациентки свободны в своем выборе модели поведения. Врач не может заставить их поступать определенным образом, но может убедить. Для этого а) он сам должен рассматривать профилактику как личную максимум деятельности и б) уметь оценить позицию пациентки, ее личность для построения правильной модели взаимоотношений.

Используя свои права, сама пациентка (или назначенный ею представитель) способна принять решение о целесообразности самого медицинского вмешательства, о месте его проведения, об условиях, в которых оно будет осуществлено, об обстановке, о его участниках, о необходимой для неё медицинской информации, о виде и объёме хирургического вмешательства, о привлечении других лиц, представляющих или защищающих интересы (автономию) пациентки¹⁹. Само по себе это бывает проблематично, да и пациентки часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения.

Проблема состоит в том, что неразумное следование принципу уважения автономии пациента может привести к нарушению принципа ненападения вреда. Вообще говоря, принцип уважения автономии опирается на представление о том, что человеческая личность, самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств²⁰. Чтобы акушерство и гинекология достигли своего современного уровня развития, медицинской науке пришлось преодолеть немало трудностей.

За это время вырабатывались нормы поведения, которые определяли и определяют взаимоотношения между врачом акушером – гинекологом, с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей, больной и её родственниками – с другой. Эти взаимоотношения постоянно

¹⁹ Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". - Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

²⁰ Седова Н.Н. Философия. Волгоград. – 2014. – С.

совершенствуются и закрепляются в определённых письменных трактатах, положениях, а также передаются из уст в уста, от поколения к поколению от старших медицинских работников родовспоможения младшим. Эти взаимоотношения, особенно те из них, которые проверены жизнью, приобретают форму законов и кодексов, нарушение которых считается предосудительным²¹.

Эти взаимоотношения всегда должны складываться таким образом, чтобы они приносили только пользу матери, ребёнку и их родственникам.

Многие столетия помощь и лечение женщин находилось в руках повитух, знахарок, позднее – акушерок, часто не обладающих достаточными знаниями. Предрассудки требовали, чтобы к женщине, особенно беременной и во время родов, не прикасались руки мужчины, в родовспоможении могла участвовать только женщина. А поскольку женщины – врачи появились не так уж и давно, то практически, на долгое время врачи из этой области были исключены: судьба рожениц была в руках повивальных бабок.

Истории известны случаи, когда врачи за акушерскую деятельность подвергались казни. В 1522 году в Гамбурге был публично сожжён за акушерскую деятельность доктор Фейт. Даже ещё в 1640 году на основанных в Париже курсах повивальных бабок врачу не разрешалось входить в родовую²².

Гинекология же в её современном понятии сложилась всего около ста лет назад. Современного уровня развития она достигла благодаря оперативному хирургическому лечению, гормональной и лучевой терапии²³.

Однако нельзя забывать о том, что объектом лечебной деятельности в гинекологии являются половые органы женщины, и эта связь с процессом

²¹ Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали// Биоэтика. – 2009. - №1. –С. 37.

²² Martius, H. : Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Fischer Lexikon, Vol. 3. Frankfurt / M. 1959, 55 – 80; Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1988. - 338 с.

²³ Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебник для медвузов: Т.1-2. - Екатеринбург: Деловая книга, 2002. - Т. - 412 с.; Т.2 - 381 с.

половой жизни осложняет работу гинеколога, переплетаясь с множеством психологических, социальных и этических проблем²⁴.

Нравственные и правовые требования к врачу акушеру-гинекологу касаются как общих правил, так и специфических особенностей, связанных с интимной жизнью пациенток, семейными взаимоотношениями, бесплодием, применением вспомогательных репродуктивных технологий (включая суррогатное материнство, ЭКО, донорское оплодотворение), с рождением неполноценных детей, контрацепцией, стерилизацией. Морально-этические и законодательные нормы определяют усыновление, искусственное прерывание беременности, эмбриональные клеточные технологии и трансплантацию органов, клонирование и т.д.

Особенностями предоставления медицинских услуг в акушерско-гинекологической практике являются правила, соблюдение которых является специфическим только в работе врача акушера – гинеколога. Например: деонтологические приёмы и требования при влагалищном исследовании, сообщении супругу о состоянии половой сферы жены, в высказывании прогноза в отношении менструальной и детородной функции²⁵.

Всё это заставляет врача акушера – гинеколога максимально конкретизировать навыки работы с пациентками, применительно к определённым проявлениям болезни и особенностям психического состояния больных в клинике акушерства и гинекологии.

Хирургическая работа в общей деятельности врача акушера – гинеколога занимает значительное место. В одних случаях решение об операции необходимо принять в короткое время (кесарево сечение, внематочная беременность), в других – у врача акушера – гинеколога имеется достаточно времени для полного и подробного осмысливания всей совокупности данных о больной в отношении выбора метода лечения вообще

²⁴ Прилепская В.Н., Савельева И.С., Межевитинов В.Б. Сохранение репродуктивного здоровья через образование // Контрацепция и здоровье женщины. – 2000. - № 2. – С. 3.

²⁵ Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений. – М.: Академический Проект, 2003. – 304с.

и способа хирургического вмешательства, в частности. Кроме показаний к хирургическому лечению, нужно всегда отчетливо сформулировать его необходимость, что особенно важно сделать в случаях, когда, помимо обычной опасности каждой операции, из-за особого состояния больной возможность проявления этой опасности возрастает²⁶.

При выборе метода или модификации акушер – гинеколог руководствуется всеми данными о состоянии больной и характере заболевания; учитываются также последствия вмешательств, профессия больной. Каждый орган половой системы несёт определённую функцию, важную для организма в целом: удаление матки неизбежно сказывается на функции оставшихся яичников, удаление даже одного яичника может повлечь за собой нарушение активности оставшегося и ряда других желёз (щитовидной, надпочечников), экстирпация матки при выпадениях половых органов в ряде случаев ведёт к дизурии, может обусловить возникновение грыжи дугласова пространства.

Претворение идеи сохранения менструальной функции при надвлагалищной ампутации матки по поводу её фибромиомы у женщин до 45 лет, бережное отношение к маточным трубам у молодых женщин, не имеющих детей, также является особенностями предоставления медицинских услуг в акушерско-гинекологической практике²⁷. Особое внимание придаётся этико-правовой регуляции клинических испытаний с участием женщин – испытуемых²⁸. Нельзя не согласиться с мнением, что клинические исследования с участием женщин, которые на момент их проведения являются беременными или могут забеременеть, должны находиться под особым контролем этических комитетов. Участие беременных женщин в исследованиях должно определяться специальными регламентирующими положениями, которые в настоящее время только разрабатываются.

²⁶ Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001.

²⁷ Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М., 2003.

²⁸ Белоусов Ю.Б. с соавт. «Этическая экспертиза биомедицинских исследований», - М. – 2006.

Столь пристальное внимание к поставленной проблеме объясняется наличием третьей стороны (плода), который фактически принимает участие в исследовании, но не может дать на это согласие и поэтому нуждается в максимальной защите от возможного нанесения вреда его здоровью. Беременная женщина может быть объектом исследования только тогда, когда цель исследования отвечает потребностям здоровья матери и плода, а риск для их здоровья при этом минимален²⁹.

Но в основе всех регуляторов акушерско-гинекологической деятельности лежит отношение к профилактической ее составляющей. Так, серьезной дилеммой в плане соблюдения принципа уважения автономии пациенток акушерско-гинекологической практики является получение их согласия на профилактические осмотры. Здесь существует известный парадокс: недобровольность обращения к врачу (обязательность профилактических осмотров регламентируется Трудовым Кодексом РФ и подзаконными актами), когда женщина считает себя здоровой, но подлежит обязательному осмотру. При этом форма Информированного согласия должна отличаться от той, которая используется в лечебных мероприятиях. Согласно №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» женщина вправе отказаться от вмешательства в виде профилактического осмотра. Но работодатель руководствуется другими законодательными актами, которые мы уже упоминали, и может применить к женщине, не прошедшей обязательное медицинское освидетельствование, санкции вплоть до недопущения к трудовой деятельности. Так, например, с 01.01.2012 вступил в действие Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н. Этим документом утверждены новый Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и опасными условиями труда, а также Перечни вредных и опасных производственных факторов и работ, при

²⁹ Кэмпбелл А. Медицинская этика. Перевод под ред. Ю. Лопухина, Б. Юдина., - М. – 2005.

выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры. Обязанностью работодателя является организация обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров для определенных трудовым законодательством категорий работников в соответствии с абз. 11 ч. 2 ст. 212 ТК РФ. Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу, а периодические - в течение трудовой деятельности работников. Причем осуществляются такие мероприятия за счет средств работодателя, и на время осмотров за сотрудниками сохраняются место работы и средний заработок. В соответствии со ст. 213 ТК РФ предварительные и периодические медицинские осмотры должны в обязательном порядке проходить:

- сотрудники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;
- сотрудники, занятые на работах, связанных с движением транспорта;
- работники организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений. Однако Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры работников, утвержденный Приказом N 302н, значительно расширяет список, приведенный в ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации³⁰. Например, к группе работников детских учреждений добавлены работники всех образовательных учреждений (вузов, системы последиplomного образования, что совершенно непонятно, и т.п.). Сейчас трудно найти должность, при поступлении на которую не требовался бы профилактический медицинский осмотр. Существенно расширен также список должностей, где обязательными являются ежегодные профосмотры.

³⁰ Подлесных И. Обязательные медицинские осмотры работников// "Кадровик. ру".- 2012. – N. 4./ Доступ <http://hr-portal.ru/article/obyazatelnye-medicinskie-osmotry-rabotnikov>. – 12.02.2015.

Фактически, это лишает пациенток права на автономию. Более того, обязательность мероприятия порождает негативное отношение к нему у женщин.

С другой стороны, подобные профилактические осмотры – гарантия предупреждения ряда заболеваний и существенный вклад в сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Очевидно, что проблема профилактики в акушерско-гинекологической практике имеет неоднозначный этический смысл и нуждается в специальном исследовании. До того как будут получены результаты такого исследования, можно утверждать только одно – этические противоречия снимаются в процессе личного контакта врача акушера-гинеколога и пациентки, если правильно выбрана *модель взаимоотношений и достигнут определенный уровень культуры предоставления и потребления медицинских услуг.*

У современных пациенток при невысоких требованиях к себе, очень высокие требования к работе медицинских учреждений и медицинских работников, в частности врачам - гинекологам. Это происходит из-за того, что нормы поведения медицинского работника институционализированы, а нормы поведения пациента, в основном, ограничены предписаниями и требованиями врача - гинеколога. Пациентки и врачи - гинекологи часто не находят понимания в процессе лечения, указывая на некомпетентность друг друга.

Социологи отмечают, что нарушение этических норм и деформализация закона приобрели форму практик. Этому способствует низкая оплата труда врачей. Вознаграждение медицинского работника как дополнительный доход нередко «зависит» от нарушения закона, когда врач отдаёт предпочтение тому пациенту, который больше платит в руки врача. Примеры того, что медицинский работник оказывает помощь не из соображений медицинского характера (неотложная медицинская помощь по жизненным показаниям), ведёт к неверию в искренность медицинской помощи и медицинских работников, подрывая основу этических отношений

лечащего и пациента³¹. Не всегда с этим можно согласиться, но не признавать данную ситуацию как существующую нельзя.

Поскольку краеугольный камень хорошей медицинской практики – коммуникации врач-пациент и эффективность взаимодействия в системе врач-пациент оказывают решающее влияние на результаты лечения (М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, 1966; Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков, 1976; V. Herbert, 1980; Б.Д. Карвасарский, 1982; Р. Конечны, М. Боухал, 1983; В.А. Ташлыков, 1984; И. Харди, 1988; P.J. Dawes, P. Davison, 1994; 1996; Г.Л. Микиртчан, В.В. Шепилов, 1998; П.И. Сидоров, А.В. Парняков, 2000; И.П. Лапин, 1999, 2001; О.В. Костенко, 2007; Н.Н. Седова, 2014 и др.), то, как уже отмечалось ранее, происшедшие изменения прав больного (с возрастанием роли его информированности и права принимать ответственные личные решения) изменили / изменяют характер взаимоотношений в этой диаде.

В 1972г. Роберт Витч (R.M. Veatch) выделил 4 модели моральных отношений:

- Модель «технического типа» строится на образе «врача-учёного», относящегося к больному бесстрастно и безоценочно; при этом врач, опираясь на факты, избегает ценностных суждений и, в частности, предоставляет все факты пациенту, оставляя за последним решение. К этому типу врачей можно отнести и тех, кто полагает, будто овладев для их специальностей знаниями и техникой, они смогут успешно лечить больных «без всяких там эмоций». Но многие больные думают иначе, когда винят в нечуткости и сухости именно эту категорию медицинских работников.
- Модель «сакрального типа» - моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство.
- Модель «коллегиального типа» - врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

³¹ Назарова И.Б. Взаимоотношения «Врач - Пациент»: правовые и социальные аспекты. 2004. С. 142 – 147.

- Модель «контрактного типа» - действия на основе взаимных обязательств и ожидающейся взаимной выгоды, а предпосылкой (в идеале) служит доверие.

П.Д. Тищенко³², придерживаясь представлений Р.Витча о 4-х выделенных им моделях врачевания, тем не менее отмечает, что рассмотренные модели взаимоотношений между врачом и пациентом можно классифицировать и по иным основаниям, в частности, по тому, каким – монологичным или диалогичным – представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом.

Монологичной моделью П.Д. Тищенко считает такую, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог знающего специалиста с невежественным слушателем. Ярким примером монологического взаимодействия представляется автору так называемая «пасторская» модель: если не считать жалоб, то пациенту нечего сказать врачу по существу вопроса – о сущности заболевания и выборе лечения.

Диалогичной моделью автор считает такую, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнёров, обсуждающих общую проблему с разных сторон и как бы дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел.

При этом следует согласиться с П.Д. Тищенко (1998) который отмечает, что каждая из рассмотренных моделей в социологическом плане представляет собой идеальные типы, т.к. в конкретных ситуациях ни одна из них не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае и может строиться в соответствии с одной из моделей, а выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием

³² Тищенко П.Д. Этические правила взаимоотношений медицинского работника и пациента // Введение в биоэтику. Учебное пособие. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - С.159-196.

пациента и характером оказываемой ему помощи, специализацией врача и т.д.

В то же время Н.Н. Седова³³, рассматривая диалогизм как основополагающий принцип философской рефлексии медицинского знания и практики, касающийся, прежде всего интеракции врача и пациента, выделяет три варианта их взаимодействия. Первый – когда действия врача основаны, прежде всего, на его знаниях. Пациент рассматривается не как индивидуальность, а как «представитель болезни». Обнаружить симптомы болезни, которую он представляет, подвести их под общее знание о данной нозологической форме и на основании этого назначить лечение – вот из чего складывается стратегия в данном случае.

Второй вариант – когда ведущими компонентами в деятельности врача являются оценки. В данном случае, если знания пришли в противоречие с оценками, предпочтение отдаётся последним. Оценить состояние больного по известной шкале клинической тяжести, оценить личность больного и его способность к борьбе с болезнью, сравнить с другими пациентами, сопоставить с тем, что хотелось бы получить – таковы основные этапы оценочной деятельности врача. Здесь также преобладает феноменологический подход, отношение к больному как «иному целому».

Третий вариант – когда между врачом и пациентом устанавливаются отношения диалогизма «Я - Ты». Тогда процесс лечения превращается в процесс переживания друг друга, изменяется личность и пациента и врача. Когда жалобы пациента вызывают эмоциональную персональную реакцию врача, тот как бы принимает на себя страдания больного, а избавление от них становится его личной проблемой. Пациент же как бы проникается внутренними силами врача, не просто зная, что тот поможет ему, а, чувствуя каждое мгновение этого процесса, как будто они перестали быть отдельными людьми, а стали единым целым. Естественно, большую роль здесь играют

³³ Седова Н.Н. Биоэтика. М.: Изд-во «КноРус».. – 2015. – С. 56 – 58.

иррациональные компоненты, обеспечивающие уникальное совместное переживание избавления от страданий.

При этом Н.Н. Седова подчёркивает скрытую опасность диалогизма в медицине, поскольку процесс переживания больного может привести к тому, что человек окончательно вытеснит врача, чисто человеческие переживания заменят врачебные манипуляции. Недаром больше всего осложнений и неприятностей бывает тогда, когда врач лечит близких ему людей. Он не может абстрагироваться от эмоционального переживания, которое лишает его хладнокровия и логики. Правильное решение в этой ситуации гарантирует высокий профессионализм, охватывающий все уровни личности, но этот выход, позволяющий совмещать диалогический подход с эффективной помощью пациенту, считается единственным только потому, что принцип диалогизма не доведён до логического завершения, он допускается только как вариант стратегии в клинической медицине. Очевидно, что принцип диалогизма в такой интерпретации должен быть совмещён с диалектическим подходом на уровне теоретической медицины.

Е.J. Esmanuel и L.L. Esmanuel³⁴ выделяют следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

1. Информационная модель («научная», «инженерная», или «потребительская»). Врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала. Он собирает, предоставляет и разъясняет всю информацию о болезни самому больному. Всё это он делает без эмоций и сочувствия. Он обязан быть бесстрастным. В то же время пациент обладает полной автономией. Он имеет право на всю (!) информацию, а главное, самостоятельно выбирает вид медицинской помощи и полностью контролирует проводимое ему лечение. При этом пациент может быть необъективным, поэтому задача врача – разъяснить и подвести больного к выбору верного лечения.

³⁴ Esmanuel E.J., Esmanuel L.L. Four models of the physician-patient relationship // Ibid. - P.2221-2226. Decisions near the end of life. Council on Ethical and Juridicial Affairs, American Medical Association // JAMA. - 1992. - Vol. 267. - P.2229-2233.

2. Интерпретационная модель. Врач – консультант и советчик. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Причём, как и в 1-й модели, врач обязан как можно полнее информировать больного и разъяснить состояние его здоровья, пользу и риск лечения. Иначе говоря, врач обязан интерпретировать, т.е. истолковать, информацию и сделать так, чтобы больной принял разумное единственное решение. При этом врач не должен осуждать требования больного, какими бы неправомерными они ни оказались с медицинской точки зрения. Его цель – уточнить требования пациента и помочь ему сделать правильный выбор. Это нелегко, так как больной сам точно не знает, что хочет. Эта модель похожа на информационную, но есть и отличие – направленность на более тесный контакт врача и пациента, а не просто снабжение информацией. Требуется терпеливая работа с больным, работа на убеждение. Автономия пациента большая. Она заключается не только в свободе выбора, но и в понимании аргументов в пользу правильного выбора.

3. Совещательная модель. Врач – друг или учитель. Все решения на основе доверия, диалога или взаимного согласия. Врач хорошо знает больного. Автономия больного соблюдается, но она основана на осознании необходимости именно данного лечения.

4. Патерналистская модель («родительская», или «отцовская», патер – отец, лат.). Врач обследует больного, устанавливает диагноз, выбирает лечение и знакомит больного, причём так, чтобы получить его согласие на лечение. При необходимости врач настойчиво рекомендует выбранное им лечение, если существует угроза жизни, - при оказании неотложной медицинской помощи. Дело облегчается тем, что в такой ситуации имеются объективные медицинские критерии, определяющие, что необходимо больному. За врачом последнее слово, если даже больной не согласен. Он действует как опекун, но обязан ставить интересы пациента выше собственных. При этом понятие автономии больного понимается как его согласие с врачебным мнением о пользе, т.е. автономия минимальная.

Поэтому можно сделать вывод, что в основе моделей эта типология, как видим, совпадает с приведённой выше, в своих основных принципах соотношение роли пациента и роли врача:

1. Информационная модель: автономия полная, роль врача минимальна.
2. Интерпретационная модель: автономия большая, но и роль врача значительна.
3. Совещательная модель: гармония автономии больного и роли врача.
4. Патерналистская модель: автономия минимальная, роль врача – основная.

Из этих моделей наилучшей считается совещательная. В профилактической работе в акушерстве и гинекологии альтернативы совещательной (коллегиальной) модели не существует. В то же время, необходимо помнить, что выбор модели определяется компетентностью и психологическими особенностями больного. Например, малоосознающий или нетребовательный больной – годиться интерпретационная модель. Если это податливый, «хороший» больной, то уместна совещательная модель. Однако общее направление сегодня – информационная модель. Часто требование ее применения во всех без исключения случаях контакта врача и пациентки препятствует успеху профилактических мероприятий, если пациентка не имеет соответствующих установок на здоровьесберегающее поведение.

Анализ приведённых подходов разных исследователей свидетельствует, что, хотя и имеются определённые различия в акцентировании тех или иных аспектов взаимоотношений в системе «врач-пациент», обусловленные, в частности, интерпретацией информационного потенциала пациента и вытекающих отсюда его активности в лечебном процессе, большинство исследователей выделяет 4 основные модели

взаимоотношений (техническая или информационная, контрактная, коллегияльная, патерналистская или сакральная).

При этом необходимо отметить разночтения в приоритетах общего направления развития взаимоотношений врач-пациент в последние годы, когда, согласно Л.Г. Дукову и П.М. Варнакову (1998) технической (информационной) модели отдаётся всё большей приоритет исходя из того, что раньше, до 1970-х годов, главенствующей была роль врача, а в последнее время всё большее значение имеет мнение пациента и обязанности врача стали сводиться к снабжению пациентов необходимой информацией и её разъяснению с тем, чтобы пациент получил возможность самостоятельного выбора. В то же время, если, например, в США не применяется патерналистская модель, то в России она наиболее распространена, что во многом связано с историческими традициями отечественной медицины и особенностями развития системы здравоохранения в России. Нельзя отрицать возможность применения патерналистской модели и в профилактической работе, особенно в случае полного доверия врачу со стороны пациентки и наличия у нее желания переложить решение своих проблем на профессионала.

Выводы

В любом случае, основными условиями, определяющими выбор той или иной модели взаимоотношения врача и пациента, могут быть следующие:

1. Установки врача. Отечественная медицинская традиция в подготовке врачей связана, в основном, с патерналистской моделью.
2. Установки пациента. Здесь большую роль играет психологический тип личности пациента и его социальный статус. При этом больше независимости демонстрируют пациенты с высоким уровнем социальной защищенности.

3. Отрасль медицинской практики. Патерналистская модель в большей степени выбирается в тех отраслях медицины, которые связаны с urgentными состояниями. Коллегиальная – в основном, в профилактической медицине.
4. Модель здравоохранения. В частной медицине больше распространена контрактная модель. Но частная медицина в России не ориентирована на профилактику. В академических клиниках больше сторонников коллегиальной модели. Среди практических врачей государственных медучреждений, в том числе и акушеров-гинекологов, много откровенных или потенциальных сторонников патерналистской модели.

Очевидно, что все эти позиции необходимо учитывать в организации и проведении профилактической работы в акушерстве и гинекологии. Однако а) врачи не обладают специальными знаниями в этой области; б) они и не могут ими обладать, поскольку проблема взаимоотношений с пациентками как необходимое условие реализации профилактических мероприятий до сих пор не изучена.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика исследовательского поля.

В связи с тем, что в гипотезе исследования предполагалась прямая зависимость установок врачей акушеров-гинекологов и их пациенток на профилактику заболеваний репродуктивной системы с целью повышения рождаемости от энверонментальных факторов их взаимодействия, исследовательское поле было ограничено конкретным городом с воспроизводимыми условиями осуществления акушерско-гинекологической помощи. Для этих целей был выбран г. Сочи.

Город Сочи относится к одному из самых крупных городов Краснодарского края с численностью населения свыше 400 тысяч человек. На территории города Сочи расположены: город-1, городские районы – 4, поселки городского типа – 1, сельские администрации - 11, сельских населенных пунктов - 78. По данным отдела Городской статистики численность постоянного населения города Сочи на 1 января 2013 года составила 445209 человек.³⁵ За последние три года наметилась желаемая тенденция прироста населения за счет снижения естественной убыли и динамичного роста показателя рождаемости.

Благодаря планомерно проводимым реформам в социальной сфере и службе здравоохранения на протяжении последних лет в Сочи наблюдается естественный прирост населения.

Таблица № 1

Демографические показатели за 2011 – 2013 годы

Наименование показателя	Город			Край			Российская Федерация		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Рождаемость (на 1000 населения)	15,5	16,5	16,3	12,2	13,1	13,2	12,54	13,3	13,3

³⁵ Отдел государственной статистики г. Сочи// <http://yfo.spr.ru/sochi-i-sochinskiy-gorodskoy-okrug/otdel-gosudarstvennoy-statistiki-goroda-sochi.html>. Доступ 14.07.2014.

Общая смертность (на 1000 населения)	13,6	12,4	11,7	13,5	13,1	12,9	13,5	13,3	13,1
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	4,9	3,3	4,1	6,0	6,6	5,9	7,3	8,7	8,2
Естественный прирост	1,9	4,11	4,66	-1,3	- 0,08	+ 0,3	- 0,96	0,0	+ 0,2

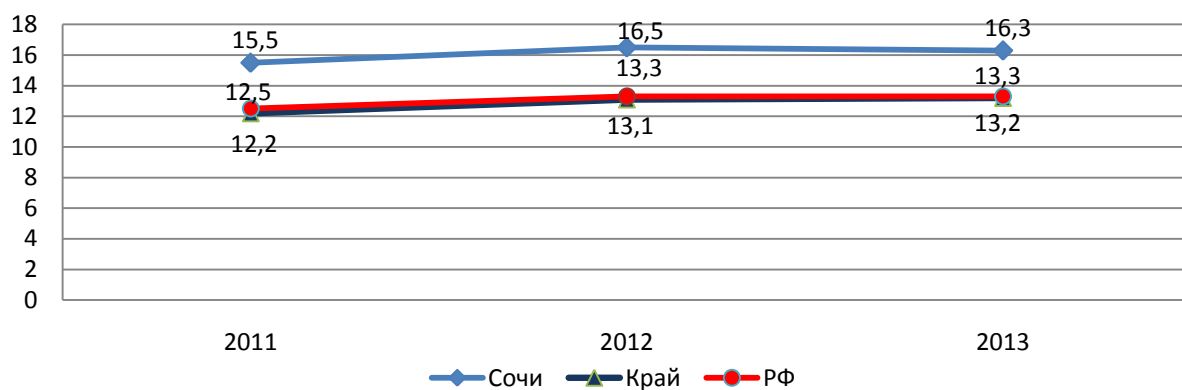
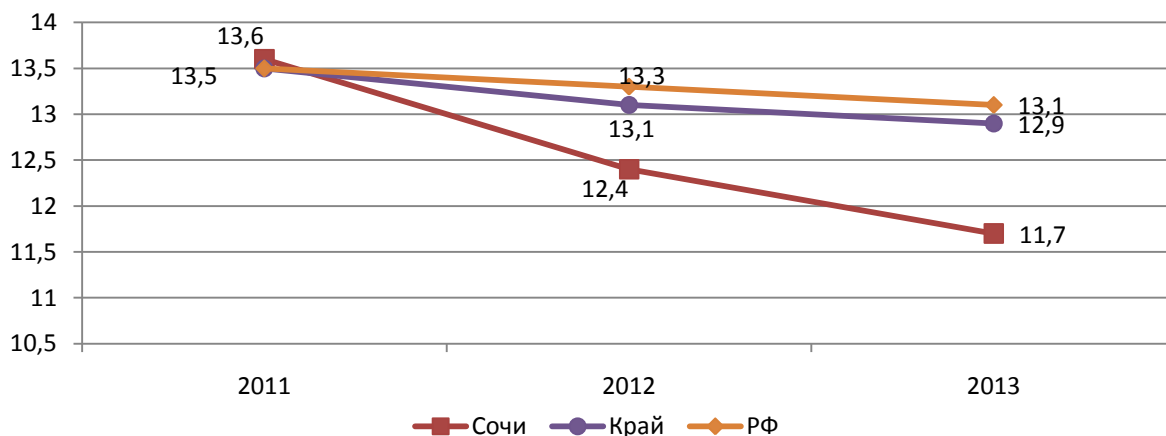


Рис. 1 Динамика рождаемости за 2011-2013 годы (число родившихся на 1000 населения)

Мероприятия по улучшению демографической ситуации планомерно реализуются. Об эффективности проводимых мероприятий свидетельствует положительная динамика демографических показателей по городу Сочи, прежде всего – рождаемости (рост за 3 года на 5,2%).



**Рис. 2 Динамика показателей смертности за 2011 – 2013 годы
(число умерших на 1000 населения)**

За последние три года отмечается снижение смертности на 12,5%, случаев материнской смертности за последние три года по городу Сочи не зарегистрировано, младенческая смертность снизилась на 16,3%.

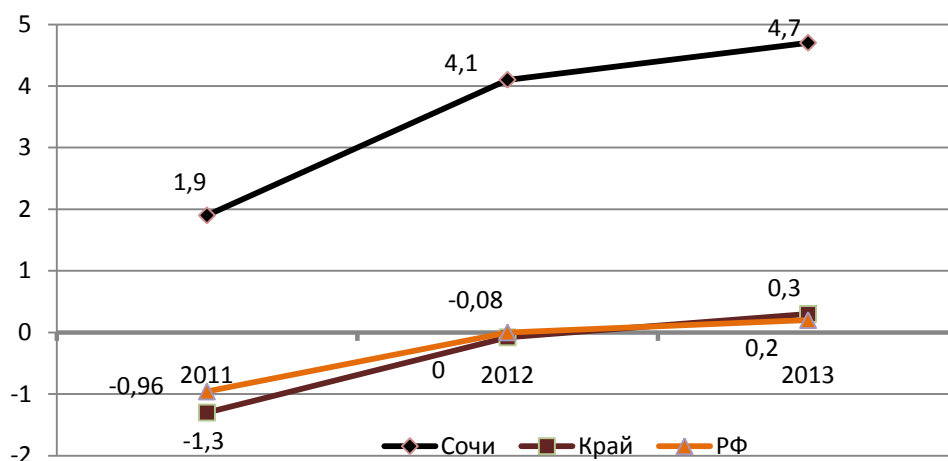


Рис. 3 Динамика показателя естественного прироста населения за 2011 – 2013 годы

За последние три года наблюдается стабильный прирост населения, который вырос в 2,5 раза. Положительная динамика демографических показателей отмечается не только по Сочи, но и по Краснодарскому краю и всей Российской Федерации. Так, впервые за много лет, в 2013 году рождаемость превысила смертность, т.е. отмечается естественный прирост населения. С учётом реализации поставленных целей, в стратегии здравоохранения Краснодарского края, г. Сочи до 2020 года определены следующие задачи: снижение показателя младенческой смертности до 5,8 на 1000 родившихся живыми и стабилизация показателя материнской смертности на 100000 родившихся живыми на уровне 12,0 и дальнейшее его снижение. Актуальной остается задача профилактики прерывания беременности.

В целом, благодаря совершенствованию организации акушерской службы и внедрению современных перинатальных технологий удалось

добиться стабилизации числа нормальных родов (45,1% - 2008г., 48,5% - 2009г., 41,7% в 2010 г., 47,9% в 2011г., 47,3% в 2012г., 50% - 2013 г.), что свидетельствует об эффективности принимаемых мер в службе родовспоможения.

Наряду со стабильным числом нормальных родов, *доля женщин с экстрагенитальной патологией постоянно растет.* В структуре данной патологии

на первом месте стоит анемия,
на втором - болезни системы кровообращения,
на третьем месте венозные осложнения,
на четвертом болезни мочеполовой системы.

Тяжесть экстрагенитальной патологии у беременных можно объяснить как снижением индекса здоровья, так и улучшением диагностики в амбулаторно-поликлиническом звене, преемственности в работе женских консультаций, стационаров, участковой сети. Однако эти улучшения не повлекли, как мы видим, повышения эффективности профилактической работы в данной области, в противном случае рост патологии нивелировался бы вовремя принятыми гигиеническими и лечебно-профилактическими мероприятиями.

2.2. Методы исследования

В работе использованы социологические и клинические методы исследования.

Социологические методы исследования. Основной массив социологической информации получен в результате анкетирования врачей акушеров-гинекологов и пациенток. Анкеты представлены в Приложении 2 к данной диссертации.

Характеристика выборочной совокупности. Проанализированы результаты анкетирования 300 врачей акушеров-гинекологов Краснодарского

края, в том числе клинических ординаторов кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Кубанского государственного медицинского Университета – 26 человек. Выборочная совокупность имела следующие характеристики.

Пол	%
М	6.7
Ж	93.3

Возраст	%
23 – 25	11,7%
26 – 29	32,3%
30 – 34	17,7
35 – 39	8,3
40 – 44	6,7
45 – 49	3,3%
50 – 54	7,3
55 – 59	5,7
60 -64	3,0
65 и больше	4,0

Место жительства

Город края	26.7
Сельская местность	12.3
г.Краснодар	59.7

Место работы

а) роддом	33.3
б) гинекологическое отделение	15.7
в) женская консультация	38.3
г)поликлиника (смотровой кабинет)	4.3
д) поликлиника – консультативный прием	4.3
е)районная больница	4.3
ж) врачебная амбулатория	0.7
з) частная клиника	7

Занимаемая должность

а) врач акушер-гинеколог	93.3

б) зав. отделением	2.3
в) зав. ЖК	2.3
г) главный врач	0
д) районный акушер-гинеколог	0
е) другое	0

Стаж работы

а) до 5 лет	45.7
б) 5-9	17.7
в) 10-19	12.3
г) 20-29	12.3
д) 30 лет и больше	11.7

Наличие квалификационной категории по специальности

а) высшая	15.3
б) первая	12
в) вторая	3.7
г) нет	68.3

Совмещение в 2 и более ЛПУ

а) да	13.7
б) нет	61.3
в) совмещаю с работой в частной клинике (на частном приеме)	8.3
г) другое	0

Причины совмещения

по материальным соображениям	16.7
для получения разного практического опыта	7.3
наличия свободного времени	1
г) другое	3

Семейное положение

брак зарегистрированный	64.3
гражданский брак	7
разведен(а)	5.3
холост (незамужем)	23,4

Отношения в браке

--	--

а) гармоничные	69.7
б) конфликтные	1.3
в) холодно-безразличные	6.3
г) другое	1.7

Наличие детей

Количество детей	%
1	26,3
2	28,7
3	2,7
Нет детей	42,3

Полученные данные позволяют представить социальный портрет типичного респондента – врача акушера-гинеколога:

Женщина (93,3%) в возрасте 23 – 29 лет (44%), проживающая в г.Краснодаре (59,7%), работающая в женской консультации (38,3%) на должности врача акушера-гинеколога (93,3%), имеющая стаж работы до 5 лет (45,7%), не имеющая квалификационной категории (68,3%), не работающая по совместительству еще в каком-то медицинском учреждении (61,3%), состоит в гармоничном (69,7%) зарегистрированном браке (64,3%), но детей пока не имеет (42,3%).

Большое количество респондентов, имеющих стаж работы до 5 лет и не имеющих квалификационной категории объясняется включением в выборку ординаторов в связи с тем, что нас интересовали установки врачей на профилактическую деятельность, которые формируются именно на данной стадии профессионализации.

Также было проведено синхронное анкетирование 500 женщин, обратившихся в смотровые кабинеты, женские консультации и взрослые поликлиники МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1» в период с 1 по 30 сентября 2014 г. Выборочная совокупность имела следующие характеристики (в %):

Образование:

Начальное	8
Среднее	30,6

незаконченное среднее	1,8
незаконченное высшее	13,4
Высшее	38,2

Род занятий:

Рабочая	37,8
Служащая	17,6
Колхозница	0
Студентка	8,8
Учащаяся	0
Домохозяйка	14,2
Частный предприниматель	8,2
Пенсионерка	8,6
Другое	

Место работы:

не работала вообще	4,8
работаю не по специальности в гос. учреждении	22
работаю не по специальности в частом учреждении	7,2
работаю по специальности в гос. учреждении	2,6
работаю по специальности в частном учреждении	18,8
работаю на частное лицо	3
работаю на себя	24

Если Вы не работаете, по какой причине:

нет необходимости	12,4
нет работы по специальности	12
низкая заработная плата	6,2
не позволяет здоровье	1,2
занимаюсь воспитанием детей	16,4
другое	14,4

Место жительства (постоянное):

город края	65,4
город РФ	10,8
село РФ	0,4
село края	20,6
другое	2,2

Место жительства в настоящее время

в собственной квартире одна	2,8
в собственной квартире с мужем	29,4
с родителями	23,2
с родственниками	18,8
в общежитии	3,8
другое	34

Регистрация в крае

Есть	67,4
Нет	3,4
Временная регистрация	12,6

Семейное положение:

в зарегистрированном браке	51,6
в гражданском браке	16,2
разведена	18,8
одинокая	7,4
вне брака	5

Жилищные условия:

отличные	19,6
хорошие	39,6
удовлетворительные	30,6
неудовлетворительные	9

Материальные проблемы:

нет, живем в достатке	13,2
есть, но хватает на нормальную жизнь	32,4
хватает только на питание и товары первой необходимости	29,8
хватает только на питание	23,6
не хватает даже на питание	0,4

Можно представить социальный портрет типичной респондентки – пациентки акушерско-гинекологической практики:

Женщина, имеющая рабочую специальность (37,8%), высшее образование (38,2%), работающая на себя (24%) или в госучреждении, но не по специальности (22%), проживающая в одном из городов Краснодарского края (65,4%) в собственной квартире, где имеет постоянную регистрацию (67,4%) с мужем (29,4) в зарегистрированном браке (51,6%), считает свои условия жизни хорошими (39,6%), имеет материальные проблемы, но на нормальную жизнь денег хватает (32,4%).

Клинические методы исследования. Клинические исследования проводились при профилактических осмотрах и диспансеризации на базе МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1». Всего проанализированы посещения с целью проведения профилактических осмотров у женщин репродуктивного возраста за период 3 года 93843 случаев. Из них по диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации работающего населения (осмотрены по приказу МЗ и СР от 03 декабря 2012 г. № 1006н и приказу МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н) – 22041случай. По профилактическим медосмотрам, проведенным в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н и приказом МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н – 71802 случая (не включены работники, подлежащие периодическому медицинскому осмотру).

Минимальный объем обследования при профилактическом осмотре (приказ МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н, приказ МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н) включал в себя флюорографию легких, маммографию (женщинам с 39 лет), осмотр гинеколога, включая взятие мазка с шейки матки на цитологию (онкоцитологию), определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, определение количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов, уровня глюкозы крови, общего холестерина, контролировался общий анализ мочи, проводилось исследование кала на скрытую кровь (в возрасте с 45 лет и старше), осуществлялся прием и осмотр врача терапевта. Профилактический медосмотр проводится 1 раз в 2 года, в год прохождения диспансеризации не проводится. Работники, занятые на

работах с вредными и (или) опасными условиями труда подлежали обязательному периодическому медосмотру.

При диспансеризации определенных возрастных групп объем обследования включал в себя несколько другой объем обследования: флюорографию легких, осмотр гинеколога, включая взятие мазка с шейки матки на цитологию (онкоцитологию), определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов, уровня глюкозы крови, общего холестерина (в возрасте 39 лет и старше), выполнялся развернутый анализ крови и общетерапевтический биохимический анализ, исследовался кал на скрытую кровь (в возрасте с 45 лет и старше), всем пациенткам производилось ЭКГ в покое (при первичном прохождении диспансеризации), УЗИ органов брюшной полости (в возрасте 39 лет и старше), измерение внутриглазного давления (в возрасте 39 лет и старше). При диспансеризации работающих граждан объем обследования включал осмотр врачами-специалистами (терапевт, акушер-гинеколог, хирург, невролог, офтальмолог), клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, ЛПНП, триглицериды сыворотки крови, креатинин, мочевиная кислота, билирубин, амилаза, сахар крови), клинический анализ мочи, онкомаркер специфический СА-125 женщинам после 45 лет, маммографию женщинам после 40 лет, цитологическое исследование мазка из цервикального канала, ЭКГ, флюорографию.

Таким образом, эти два вида профилактических осмотров женского населения отличались между собой проводимым объемом обследования.

Вывод

Сочетание социологических и клинических методов исследования позволяет не только установить корреляцию медицинских и социально-психологических детерминант профилактической работы врача акушера-гинеколога, но и предложить пути ее оптимизации за счет расширения палитры профилактических осмотров в сочетании с формированием приверженности профилактике как у пациентов, так и у врачей.

Глава III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Профилактические осмотры в системе акушерско-гинекологической практики (по материалам клинических исследований)

В медицинских учреждениях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий в части оказания первичной медико-санитарной помощи приоритетным структурным направлением системы здравоохранения является профилактическая деятельность. Она носит бинарный характер и включает как индивидуальную работу врача с пациенткой, так и плановые профилактические осмотры.

Профилактические осмотры женского населения проводятся в соответствии с требованиями приказа МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказа МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», приказа МЗ РФ от 03 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказа МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 февраля 2010 г. №55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан».

Вопрос об эффективности этой формы деятельности врача акушера-гинеколога всегда был предметом острых дискуссий. Не секрет, что участие в профилактических осмотрах не является популярным видом работы для акушеров-гинекологов. С другой стороны, женщины, как правило, также не проявляют большой активности по отношению к профилактическим осмотрам. Для того, чтобы определить, что препятствует эффективности профилактической работы врачей акушеров-гинекологов, мы должны были ответить на следующие вопросы:

1. Влияет ли и как именно на эффективность профилактических осмотров их клиническая составляющая?

2. Влияют ли и как на эффективность профилактической работы профессионально-личностные диспозиции врачей?

3. Влияет ли и как на эффективность профилактики гинекологических заболеваний отношение женщин-пациенток к своему здоровью и участию в заботе о нем врачей акушеров-гинекологов?

В этом параграфе работы мы приводим данные клинических исследований, проведенных при профилактических осмотрах и осмотрах по диспансеризации населения на базе МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1». Всего проанализированы посещения с целью проведения профилактических осмотров у женщин репродуктивного возраста за период 3 года 93843 случаев. Из них по диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации работающего населения (осмотрены по приказу МЗ и СР от 03 декабря 2012 г. № 1006н и приказу МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н) – 22041случай. По профилактическим медосмотрам, проведенным в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н и приказом МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н – 71802 случая (не включены работники, подлежащие периодическому медицинскому осмотру, занятые на отдельных видах работ).

Анализ профилактических осмотров 11586 женщин репродуктивного возраста (всего 93843 посещений всех специалистов, участвующих в медосмотре, а не только акушера-гинеколога) за три последних года включал два вида профилактических осмотров женского населения, которые отличились между собой проводимым объемом обследования, как показано в §2.2 данной диссертации.

Для исследования взято 2 группы женщин: 1 – 8713 женщин, осмотренных с профилактической целью в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н и приказом МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н за три года. 2 группа - 2873 женщины – осмотренные в соответствии с

приказом МЗ РФ от 03 декабря 2012 г. № 1006н и приказом МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н за три года. Общее число посещений в целом за три года по диспансеризации (2 гр.) составило 23,5% (22041 посещений) от общего числа посещений (93843 посещения).

Первичная заболеваемость в целом по всем нозологическим формам, в том числе и соматической патологии в расчете на 1000 женщин фертильного возраста составила всего в 1 гр. 246, 3, во второй - 132,7, т.е. в первой группе в 1,86 раз больше. Так, в первой группе, инфекционные болезни составили показатель на 1000 - 1,2 (уд.вес заболеваний в данной группе 0,5), новообразования – 4,3 (уд.вес 1,8), болезни крови и кроветворных органов - 0,8 (уд.вес 0,3), болезни эндокринной системы - 10,4 (уд.вес 4,3), болезни нервной системы – 5,3 (уд.вес 2,1), болезни глаза и его придатков – 10,1 (уд.вес 4,1), болезни уха и сосцевидного отростка 9,1 (уд.вес 3,8), болезни системы кровообращения – 7,4 (уд.вес 3,0), болезни органов дыхания – 72,1 (уд.вес 29,2), болезни органов пищеварения – 7,2 (уд.вес 2,9), болезни кожи и подкожной клетчатки – 10,3 (уд.вес 4,3), болезни костно-мышечной системы – 27,1 (уд.вес 10,9), болезни мочеполовой системы – 63,4 (уд.вес 25,7), симптомы и прочие отклонения – 0,7 (уд.вес 0,3), травмы, отравления и другие причины – 16,9 (уд.вес 6,8)

По итогам осмотров в гр.2 (диспансеризация, 2873 женщины), показатели резко отличались от представленных выше. Так инфекционные болезни выявлены не были, новообразования реже в 3,9 раз (1,1 на 1000 женщин фертильного возраста), болезни крови и кроветворных органов в 4,75 раз реже (показатель 3,8 на 1000), болезни эндокринной системы – в 4 раза чаще (показатель 42,0 на 1000), болезни нервной системы – в 3,3 раза реже (показатель 1,6), болезни глаза и его придатков в 6,3 раза реже (показатель 1,6), болезни уха и сосцевидного отростка в 5,7 раз реже (показатель 1,6), болезни системы кровообращения в 3,5 раза реже (показатель 2,1), болезни органов дыхания в 6,3 раза реже (показатель 11,3), болезни органов пищеварения в 2,2 раза чаще (показатель 15,6), болезни кожи и подкожной

клетчатки в 1,6 раз реже (показатель 6,5), болезни костно-мышечной системы в 1,1 раз чаще (показатель 29,7), болезни мочеполовой системы в 4,8 раз реже (показатель 13,1), симптомы и прочие отклонения в 1,4 раза чаще (показатель 1,0), травмы, отравления и другие причины в 9,9 раз реже (показатель 1,7 на 1000 женщин фертильного возраста).

В структуре первичной заболеваемости по итогам диспансеризации лидируют болезни эндокринной системы, по итогам медосмотров, проведенных при обращениях с профилактической целью – болезни мочеполовой системы.

Структура первично выявленных заболеваний в второй группе была следующей – 1 место болезни эндокринной системы, 2 место – болезни костно-мышечной системы, 3 место - болезни органов пищеварения в отличие от первой группы, где на 1 месте были болезни органов дыхания, на 2 – болезни мочеполовой системы, на 3 – болезни костно-мышечной системы.

Предположительно, такая разница в структуре первично выявленных заболеваний связана с тем, что глюкоза крови в первой группе определялась всем женщинам, во второй - в возрасте старше 39 лет, то есть фактически в исследование попадал в основном контингент группы риска, что, естественно сопровождалось большим количеством регистрируемых отклонений. То же можно сказать и о болезнях органов пищеварения, где количество выявленных отклонений также было высоким в связи со 100% охватом УЗИ органов брюшной полости женщин старше 39 лет. Высокий процент выявленных заболеваний костно-мышечной системы во второй группе связан с тем, что, в объем обследования в рамках диспансеризации входит осмотр хирурга. В первой группе эти заболевания занимают третье место, хотя объем проведенных обследований не включал рентгенографию скелета и консультацию хирурга как скрининг. Вероятно, заключение о наличии у пациентки заболевания костно-мышечной системы складывается в результате сбора жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра?

Лидирующие позиции, занимаемые болезнями органов дыхания в первой группе можно объяснить тем фактом, что при активном опросе жалоб и сборе анамнеза, наиболее часто регистрируемыми являются нарушения со стороны дыхательной системы, что недостаточно верифицировано проводимыми исследованиями и диагноз выставляется анамнестически по результатам осмотра терапевта (никотиновая зависимость?, курение? вероятно вносят свой вклад в регистрируемые болезни органов дыхания).

Болезни мочеполовой системы в 1 группе составили 63,4 на 1000, что в 4,8 раз больше, чем в группе 2 (13,1) в связи с тем, что на первом этапе объем исследований во второй группе не включал УЗИ органов малого таза. В первой же группе, при наличии показаний, определенных врачом при первом обращении пациентки с профилактической целью, УЗИ органов малого таза, почек, мочевого пузыря выполнялось. Таким образом, в исследование попадал контингент, имеющий отягощенный анамнез, с выявленными отклонениями по итогам первичного осмотра. Контингент, подлежащий обследованию на первом этапе выделялся и гинекологом, и терапевтом при первом же обращении пациентки, соответственно, частота выявленных заболеваний оказалась значительно выше. При проведении анализа по результатам проведения данных профилактических осмотров мы не имеем официальных цифр выявленной гинекологической патологии, а имеем показатели в целом с заболеваниями мочевых органов, что крайне затрудняет анализ данных официальных показателей.

Таким образом, из представленных данных видно, что показатели первичной заболеваемости значительно выше по итогам медосмотров, чем по итогам диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Причины недостаточной выявляемости первичной заболеваемости при диспансеризации состоит по нашему мнению в том, что в данном случае обследование проводится в основном рутинными методами, затрагивает лишь определенные категории женщин, которые, как правило, на момент

прохождения медосмотра активно жалоб не предъявляют и не настроены на диагностику и последующее лечение.

Основной объем диагностических исследований начинается с 39 лет и практически не затрагивает женщин фертильного возраста с 18 до 38 лет включительно. Профилактические медицинские осмотры проводятся с целью скрининга заболеваемости населения и, как видно из анализа, практически в двое большую выявляемость (таблица №2).

Таблица №2

Первичная заболеваемость женщин фертильного возраста по результатам медосмотров

Наименование классов и отдельных болезней	По профосмотрам	По диспансеризации
Болезни мочеполовой системы	63,4	23,1
Болезни костно-мышечной системы	27,1	29,7
Травмы, отравления и другие причины	16,9	1,7
Болезни эндокринной системы	10,4	42
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10,3	6,5
Болезни системы кровообращения	7,4	2,1
Болезни органов пищеварения	7,2	15,6
Новообразования	4,3	1,1

Таким образом, анализ первично выявленных заболеваний у женщин репродуктивного возраста показал, что по результатам профилактических медосмотров, доля первично выявленных заболеваний у женского населения значительно выше, чем по результатам проводимой диспансеризации.

Представленные данные убедительно говорят о том, что должным образом оценку состояния здоровья женщины, тем более женщины репродуктивного возраста, по итогам скрининга, в том числе без проведения УЗИ матки и придатков, дать чрезвычайно сложно. В частности, мы не имеем официальных статистических показателей выявленной гинекологической патологии, учитывая раздел «заболевания мочеполовых органов».

Таким образом, с целью оптимизации скрининга и при диспансеризации определенных групп взрослого населения, и при медосмотрах у женщин в программу обследования необходимо включать ультразвуковое исследование органов малого таза. Оценку состояния репродуктивного здоровья женщины по итогам проводимых скрининговых мероприятий, к сожалению, провести крайне сложно, так как объем обследования фактически заканчивается на уровне шейки матки, молочная железа обследуется только у определенной возрастной категории женщин, а матка, основной репродуктивный орган женщины, оказывается за чертой скрининга, проводимого общеполиклинической сетью.

Здесь следует отметить, что ранее, с целью профосмотра предприятия были закреплены за женскими консультациями по территории обслуживания, женщины наблюдались и оздоравливались этими же врачами, существовали обязательные профосмотры женщин по территории обслуживания. (Приказ МЗ СССР от 22 апреля 1981 г. N 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации», утратил силу 12.11.2009г «Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат женщины старше 18 лет, проживающие в районе деятельности консультации, работающие на промышленных предприятиях и в учреждениях, расположенных в районе деятельности консультации. Каждая женщина осматривается акушером - гинекологом один раз в год с применением цитологического метода обследования. Врачи акушеры - гинекологи женских консультаций проводили на территории обслуживания и на предприятиях, прикрепленных к консультации, весь комплекс лечебно - профилактической работы. График работы врача на предприятии согласовывался с руководством предприятия и доводился до сведения работающих женщин. Одной из организационных форм работы территориальных женских консультаций на промышленных предприятиях являлось создание в них промышленных кабинетов. Должность врача акушера - гинеколога промышленного кабинета выделялась часто за счет

штатов женской консультации. В настоящее же время, отсутствие воспитанной мотивации сохранения репродуктивного здоровья, высокая сексуальная активность, отсутствие полноценных профилактических осмотров, низкий уровень знаний о профилактике гинекологической патологии, несмотря на укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений оставляют очень низкой степень ответственности в том числе и самих женщин за сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1006н от 3 декабря 2012г. «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован в Минюсте РФ 01.04.2013 №27930): диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, определения группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, проведения краткого профилактического консультирования и определения группы диспансерного наблюдения. Ответственность за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения возложена на взрослые поликлиники.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1011н от 6 декабря 2012 г. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (зарегистрирован в Минюсте РФ 29.12.2012г.) устанавливает, что профилактический медосмотр проводится 1 раз в 2 года, в год прохождения диспансеризации профилактический осмотр не проводится, проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Ответственность за проведение профилактического медосмотра возложена на

отделения (кабинеты) медицинской профилактики медицинских организаций.

Приказом МЗ и СР РФ от 15.05.2012г. № 543н «Об утверждении положения о первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»: основными задачами поликлиники определяются следующие: ...проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний и факторов риска; проведение диспансеризации населения... На отделения (кабинеты) медицинской профилактики возложены функции: участие в организации и проведении диспансеризации, участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров, раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний, контроль и учет ежегодной диспансеризации населения, подготовка и передача врачам медицинской документации на больных и лиц с повышенным риском заболеваний для проведения дополнительного медицинского обследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Приказ МЗ и СР РФ от 03.03.2011г. № 163н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (утратил силу 6 марта 2013г.) определял порядок и объем проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2012 году. Дополнительная диспансеризация, согласно этому документу, проводится медицинскими организациями в установленные дни и часы в соответствии с планом-графиком, сформированным с учетом численности и поименных списков работающих граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации и включает осмотр врачами-специалистами: терапевтом, акушером-гинекологом, хирургом, неврологом, офтальмологом, лабораторные и функциональные исследования: клинический анализ крови, биохимический

анализ крови (общий белок, холестерин, ЛПНП, триглицериды сыворотки крови, креатинин, мочевая кислота, билирубин, амилаза), сахар крови, клинический анализ мочи, онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 45 лет), ЭКГ, флюорография, маммография (женщинам после 40 лет), цитологическое исследование мазка из цервикального канала.

Согласно Приказу МЗ РФ от 01.11.2012г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», приложение 1 «Правила организации деятельности женской консультации», женская консультация осуществляет следующие функции в рамках первичной медико-санитарной помощи: осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем. При проведении профилактических осмотров женщин осуществляется цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза. Согласно этапности оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в базовый спектр обследования в амбулаторных условиях входит микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест), УЗИ органов малого таза 1 раз в год, далее по показаниям, УЗИ молочных желез 1 раз в год, далее по показаниям, маммография женщинам с 35 лет 1 раз в 2 года, старше 50 лет – ежегодно.

По результатам профосмотров, в настоящее время, выделяются группы состояния здоровья: 1 группа – практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении. 2 группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы. 3 группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для

уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях.

В контексте вышеперечисленных нормативных документов, нами интерпретированы результаты описанного выше исследования. Получены следующие результаты.

1 группа – 8713 женщин, осмотренных в соответствии с приказами № 543н и № 1011н по профилактическим медицинским осмотрам в общеполиклинической сети. В группу не были включены женщины, подлежащие периодическому медосмотру, занятые на отдельных видах работ.

2 группа – 2873 женщины, осмотренных в соответствии с приказами № 1006н и № 163н – в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации работающего населения. В группу не были включены женщины, подлежащие периодическому медосмотру, занятые на отдельных видах работ.

В 1 группе минимальный объем обследования при профилактическом медицинском осмотре (по приказу № 543н и № 1011н) включал: флюорографию, маммография женщинам с 39 лет, анализ крови на гемоглобин, лейкоциты и СОЭ, биохимический анализ на глюкозу крови, общий холестерин, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь женщинам старше 45 лет и старше, осмотр гинеколога, мазок на онкоцитологию, осмотр врача терапевта.

Во 2 группе при диспансеризации определенных групп взрослого населения объем обследования включал: флюорографию, общетерапевтическое биохимическое исследование крови (общий белок, ЛПНП, триглицериды, креатинин, мочева кислота, общий билирубин, амилаза, АсТ, АлТ, глюкоза), в том числе, женщинам с 39 лет и старше - на общий холестерин, клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь женщинам с 45 лет и старше, онкомаркер СА-125 женщинам 45 лет и старше, цитологическое исследование мазка, измерение

внутриглазного давления женщинам с 39 лет и старше, маммографию женщинам старше 40 лет, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости женщинам старше 39 лет, осмотр гинеколога, терапевта, хирурга, невролога, по показаниям – офтальмолога.

Также проведен профилактический осмотр женщин в условиях женской консультации (n=200) с дополнительным применением УЗИ матки и придатков, УЗИ молочных желез и других методов и профилактический осмотр в смотровом кабинете поликлиники по обращаемости (n=500). Результаты представлены в таблице 3

Таблица 3

Данные профилактических осмотров по обращаемости в условиях смотрового кабинета общеполиклинической сети и женской консультации

	Отягощенный гинекологический анамнез	Жалоб нет	Маммография, из них патология при маммографии	УЗИ молочных желез, из них патология	УЗИ матки и придатков, из них патология	Воспалительные заболевания органов малого таза	Изменения при визуальном скрининге шейки матки
Профосмотры n=500	94,5%	88,3%	78% (33%)	-	-	17%	19,3%
Профосмотры в ЖК n=200	94,5%	95%	61,5% (14,6%)	37,5% (21,3%)	97% (41,8%)	15,9%	12,9%

Таким образом, проведенные исследования клинической составляющей профилактических осмотров, как системообразующего звена всей системы профилактической работы врачей акушеров-гинекологов, позволили обнаружить проблемы, влияющие на их эффективность в сторону ее снижения.

Так, показатели первичной заболеваемости в общеполиклинической сети в целом были выше по итогам профилактических медосмотров, чем по итогам диспансеризации определенных групп взрослого населения. Но полученные данные не позволяют проанализировать заболевания женской репродуктивной системы, так как эта патология отдельно не выделена, а имеются в целом показатели по заболеваниям мочеполовой системы. Причины недостаточной выявляемости первичной заболеваемости при диспансеризации в общеполиклинической сети состоят, по нашему мнению, в том, что обследование проводится меньшим числом диагностических методов и затрагивает только определенные категории женщин. Основным объемом диагностических исследований начинается с 39 лет и не затрагивает возраст 18 – 38 лет (основной возраст репродукции). Ни в одной из анализированных нами программ диспансеризации и организованных проф.осмотров нет обязательного проведения УЗИ матки и придатков (в новом приказе 572-н это исследование есть). По указанным приказам в поликлинике при профилактических осмотрах и диспансеризации в общеполиклинической сети молочная железа обследуется маммографически только с 39-40 лет.

Профилактическая работа в настоящее время, как обязательная, указана в приказе 572-н, но система профилактических осмотров предусмотренная ранее существовавшим приказом 430, была разрушена, несмотря на ее подтвержденную опытом эффективность. Представляется необходимым, в этой связи, возродить профилактические осмотры женского населения на выявление гинекологической патологии именно по месту жительства (с проведением маммографии в поликлинике), УЗИ молочных желез по месту жительства, которые можно провести в женской консультации, нужно проводить маммографию с 35 лет (как в приказе) по направлению врача ЖК в поликлинике.

Профилактическая работа должна носить массовый характер, проводиться более тщательно, ответственность за проведение

профилактической работы и выявлению гинекологической патологии среди женщин необходимо возложить не просто на врачей акушеров-гинекологов, как это предусмотрено их Должностными инструкциями (см. гл.1 данной работы), а на женские консультации. Возможно, стоит вернуться к старым методам работы, определенным Приказом МЗ СССР от 22 апреля 1981 г. N 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации», утратил силу 12.11.2009г.

Необходимо совершенствование скрининговых программ, так как существующие не дают объективной оценки состояния женского репродуктивного здоровья, что в нашем случае подтверждается данными анализа профосмотров по обращаемости в ЖК. В скрининговые программы необходимо включить УЗИ матки и придатков и УЗИ молочных желез всем женщинам, старше 18 лет, ежегодно, в дальнейшем – по показаниям. При наличии соответствующих анамнестических данных проводить маммографию женщинам, независимо от возраста, в рамках медосмотра (включить требования Приказа МЗ РФ от 01.11.2012г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», в части касающейся порядка обследования женщин репродуктивного возраста во все действующие скрининговые программы.

Необходимо заподозрить патологию и своевременно направить на дообследование, при этом необходимо разработать алгоритмы маршрутизации пациенток по результатам профосмотров. Информацию о выявленных соматических заболеваниях и подозрениях на наличие заболеваний репродуктивной системы передавать на участок ЖК, а не женщине, как это делается сейчас (Приказ № 430 – участок работал, сейчас – нет). Все это предполагает повышение качества преемственности в работе взрослой поликлиники, кабинета (отделения) медицинской профилактики и женской консультации, совершенствование обратной связи с женской

консультацией. Разумеется, необходима передача в смотровой кабинет, а затем в женскую консультацию сведений о всех женщинах, не прошедших диспансеризацию.

В то же время, очевидно, что предлагаемые мероприятия дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно и активно использованы, в данном случае, двумя контрагентами – врачами акушерами-гинекологами и женщинами-пациентками. А это зависит от их позиции по отношению к здоровью в целом, к репродуктивному здоровью и – друг к другу. Необходимость тесного взаимодействия в процессе лечения гинекологических заболеваний не вызывает сомнений ни у врачей, ни у пациенток, но когда речь заходит о профилактике, личные позиции и тех, и других становятся разно ориентированными. Каким образом это влияет на профилактику заболеваемости – рассмотрим в следующих разделах диссертации.

В 2015 году введен новый Порядок проведения всеобщей диспансеризации, который изменил объем обследования в половозрастных группах. Так, добавлено к диагностическому минимуму УЗИ матки и яичников для женщин в возрасте 39 лет и старше, на втором этапе диспансеризации введена спирография, а также сокращено количество учетно-отчетной документации, заполняемой по каждому случаю прохождения диспансеризации. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 № 36-ан “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения” также внес определенные изменения. Впервые, в соответствии с новым порядком проведения диспансеризации, фельдшер ФАП или фельдшерского здравпункта является ответственным за проведение диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача. Для уменьшения большого числа учетно-отчетной документации при проведении осмотров в общеполиклинической сети

полностью отменена Маршрутная карта пациента и отменено оформление Паспорта здоровья в процессе диспансеризации.

Таким образом, в новом Порядке в центре внимания находятся онконастороженность, выявление сердечно-сосудистой патологии и экономическая составляющая национальной скрининговой программы. Новый порядок, в основном, проработан в направлении выявления онкопатологии и сердечно-сосудистой патологии, но оценка репродуктивного здоровья в целом и женского репродуктивного здоровья, в частности, новым Порядком диспансеризации все же не учтены. Да, проведение УЗИ органов малого таза введено в перечень проводимого обследования для женщин, но, к сожалению, охватывает возраст с 39 лет, оставляя за чертой основной возраст репродукции женщины. Изменения во втором этапе диспансеризации сферу репродуктивного здоровья не затрагивают, уточняется и верифицируется степень онконастороженности и сердечно-сосудистые риски.

Выводы.

1. Представляется необходимым возродить профилактические осмотры женского населения по месту жительства (с проведением маммографии в поликлинике), УЗИ молочных желез по месту жительства, которые можно провести в женской консультации, нужно проводить маммографию с 35 лет (как в приказе) по направлению врача ЖК в поликлинике.

2. Необходимо совершенствование скрининговых программ, так как существующие не дают объективной оценки состояния женского репродуктивного здоровья, что в нашем случае подтверждается данными анализа профосмотров по обращаемости в ЖК. В скрининговые программы необходимо включить УЗИ матки и придатков и УЗИ молочных желез всем женщинам, старше 18 лет, ежегодно, в дальнейшем – по показаниям.

3. Целесообразно разработать алгоритмы маршрутизации пациенток по результатам профосмотров в общеполитической сети. Информацию о

выявленных гинекологических и репродуктивно-значимых тяжелых соматических заболеваниях и подозрениях на наличие заболеваний репродуктивной системы необходимо передавать на участок ЖК, а не только женщине, как это часть делается сейчас. (Приказ № 430 – участок в этом направлении работал, сейчас – нет).

4. Совершенствование профилактической работы возможно на основе ее дальнейшей институализации, что предполагает передачу функций социальных субъектов, ответственных за профилактику, от индивидов (в настоящее время - врачи акушеры-гинекологи, как это предусмотрено их Должностными инструкциями) к организациям, а именно - женским консультациям.

5. В то же время предлагаемые мероприятия дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно и активно использованы, в данном случае, двумя контрагентами – врачами акушерами-гинекологами и женщинами-пациентками. Активизация интеракции в системе «врач – пациент» в сфере профилактики зависит от их позиции по отношению к здоровью в целом, к репродуктивному здоровью и – друг к другу.

3.2. Отношение врачей акушеров-гинекологов к своей профессии - основа формирования установок на профилактическую деятельность

Принято считать, что медицинские профессии выбирают по призванию. И в этом смысле профессия врача акушера-гинеколога привлекает своим благородным предназначением даже больше, чем остальные – ведь она непосредственно связана с появлением новой жизни, к которому, в той или иной степени, причастен каждый, работающий в этой профессии. Хотя мотивы вхождения в профессию, преимущественно, альтруистически-романтические, пребывание в ней уже актуализирует более конкретную и практическую мотивацию (таблица 4). Однако специфические мотивы предупреждения заболеваний женской репродуктивной системы в

системе мотивации к профессии у врачей акушеров-гинекологов не выражены.

Опрос врачей акушеров-гинекологов показал, что идея служения людям продолжает оставаться одной из главных в установках на профессиональную деятельность у наших респондентов (60,3%). Но первое место среди них занимает интерес к работе (67,7%), увлеченность ею, стремление разобраться в сложных ситуациях и максимально полно реализовать свою квалификацию (56,7%).

Таблица 4

Мотивы работы врачом акушером-гинекологом (в%)

№	Вопрос	Да	Нет	Не всегда	Не задумывался
1	Меня побуждает к работе потребность материального обеспечения	36.3	10	33.7	3.3
2	Я стремлюсь быть лидером в работе	20	20.7	31.7	10.7
3	Моя деятельность для меня - средство самоутверждения	49.3	10	12	11.7
4	Меня побуждает к работе чувство (понимание) нужности людям результатов моего труда	60.3	1.7	14.3	8.3
5	Моя активность в работе связана со стремлением занять определенную должность	17.7	39.7	14.3	13
6	Я работаю потому, что мне интересно	67.7	6.3	6.3	7
7	Я работаю из-за желания оправдать надежды, которые на меня возлагают люди	41.3	12.3	15.7	17
8	Я работаю ради собственного удовлетворения, ничего другого не умею делать	35	24.7	9.7	16
9	Я активно работаю из-за любознательности	45.3	13	15.3	10.7
10	Меня побуждает к работе стремление стать признанным специалистом	56.7	8.3	9.3	9
11	К работе меня побуждает стремление заслужить уважение коллег	46	9.7	16.7	10.7
12	Я работаю, потому что это престижно	24	32	12	13

В целом, мотивацию к пребыванию в профессии у врачей акушеров-гинекологов можно разделить на три блока: 1) основным мотивом является содержание деятельности – как операциональное, так и гуманитарное (50,21%); 2) основным мотивом является карьерный рост (42,35%) 3) основным мотивом являются материальные соображения (7,44%) (рис.4).

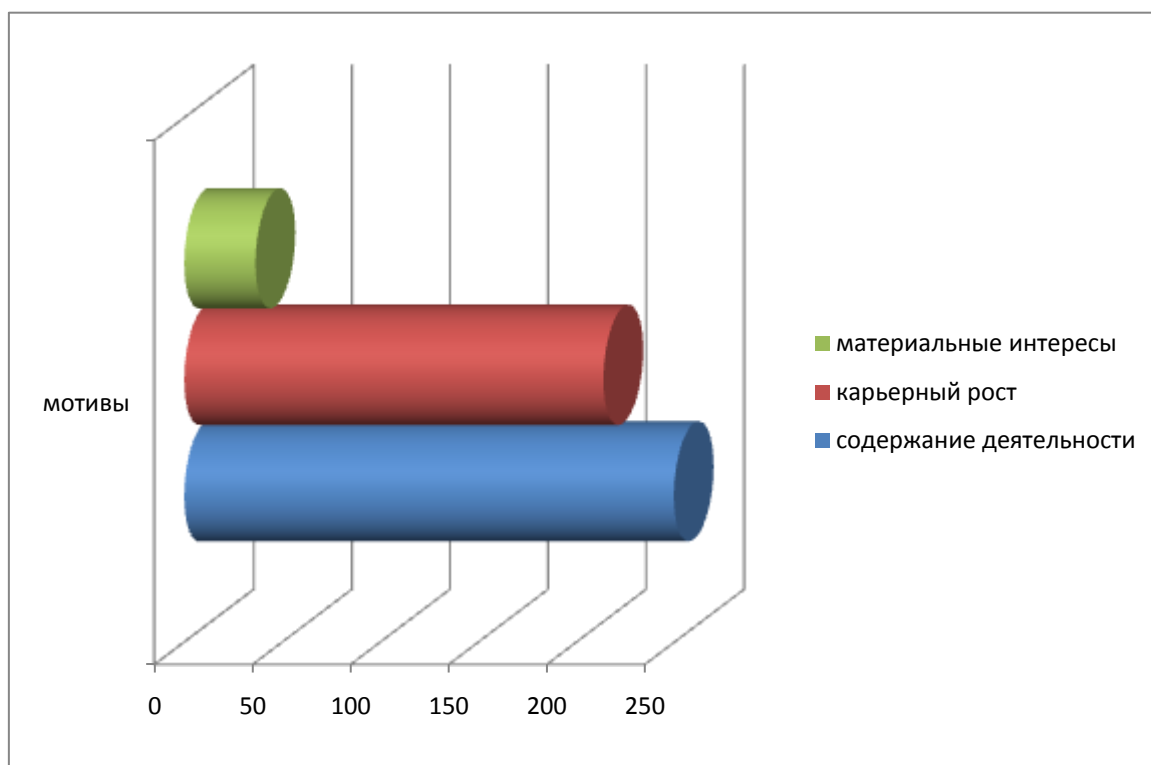


Рис. 4 Типология мотивации к профессии у врачей акушеров-гинекологов

Очевидно, что в первом блоке систематизация мотивов идет по телеологическому принципу, цель – принести добро. Во втором случае карьеру нельзя трактовать как самостоятельную ценность, потому что это карьера именно акушера-гинеколога, связанная с сугубо профессиональными успехами, а не просто с одобрением окружающих. О третьем блоке говорить трудно, т.к. особой привлекательностью собранная здесь мотивация не обладает, о причинах мы скажем ниже.

В то же время, как и в каждой профессии, у врачей акушеров-гинекологов бывают периоды разочарований, накапливается усталость, формируется чувство недооцененности и т.п. Чаще всего такие явления происходят при несовпадении трудозатрат и оплаты труда, поэтому мы, прежде всего, выясняли, каково материальное положение акушеров-гинекологов и как оно влияет на их восприятие профессии. Предварительно были собраны статистические данные по России в целом (таблица 5)

Таблица 5

Основные характеристики профессии «врач акушер-гинеколог» по России³⁶

Средний возраст	34
Возраст	
Меньше 24	8
24 – 29	19
30-39	53
40-49	9
Больше 49	11
Среднее количество рабочих часов в неделю	37
Пол	
Ж	92
М	8
Руководящая должность	
Да	16
Нет	84
Повышали в должности	
Да	28
Нет	72
Имеют детей	
Да	76
Нет	24
Стаж работы	
Меньше 5 лет	18
5 – 10	9
10-20	44
20-30	18
Больше 30	11
Работа в частном секторе	
Да	4
Нет	96
Месячная зарплата до вычета налогов	
Минимальная	11024
Максимальная	17637
Средняя	14279

По стажу работы распределение заработной платы выглядит, приблизительно, так, как показано на графике (рис. 5)

³⁶ Калькулятор зарплат// <http://www.mojazarplata.ru/main/zarabotok/salary-check?job-id=2222010000000>.
Доступ – 05.01.2015

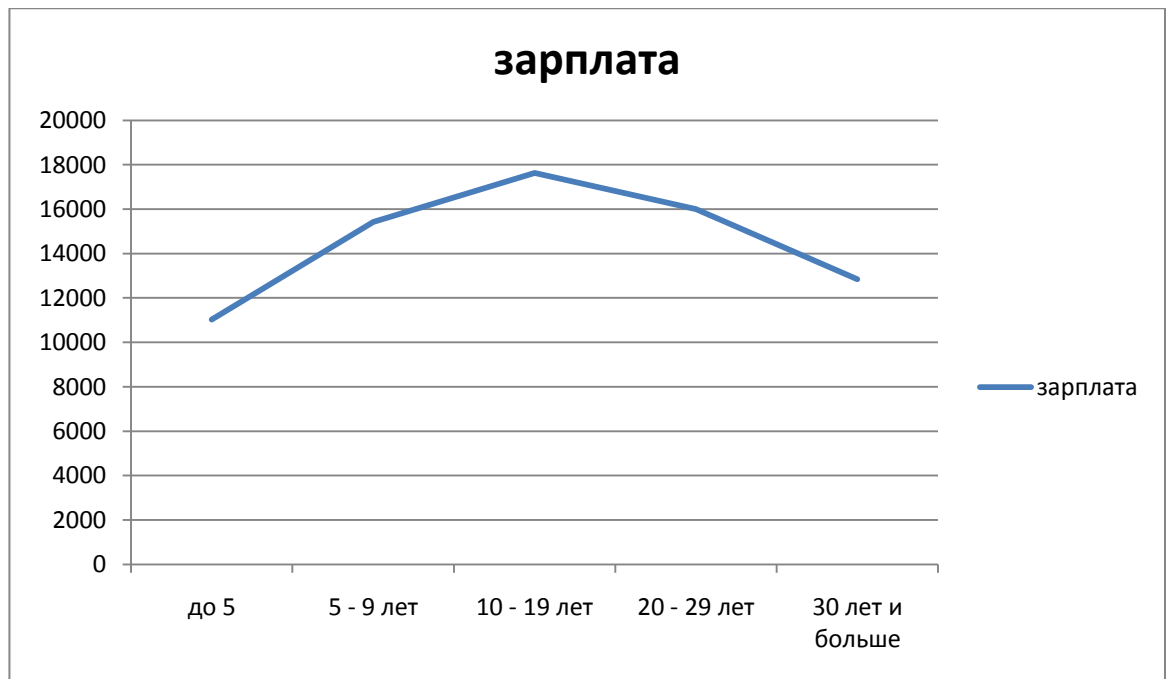


Рис. 5 Распределение заработной платы в зависимости от стажа работы

При этом следует учесть разницу в заработной плате а) в частных и государственных медицинских учреждениях и б) в столичных городах, мегаполисах и городах регионального значения, не говоря уже о сельской местности. Не удивительно, что в большинстве своем акушеры-гинекологи испытывают депрессивные настроения по поводу состояния своей профессии (рис. 6)

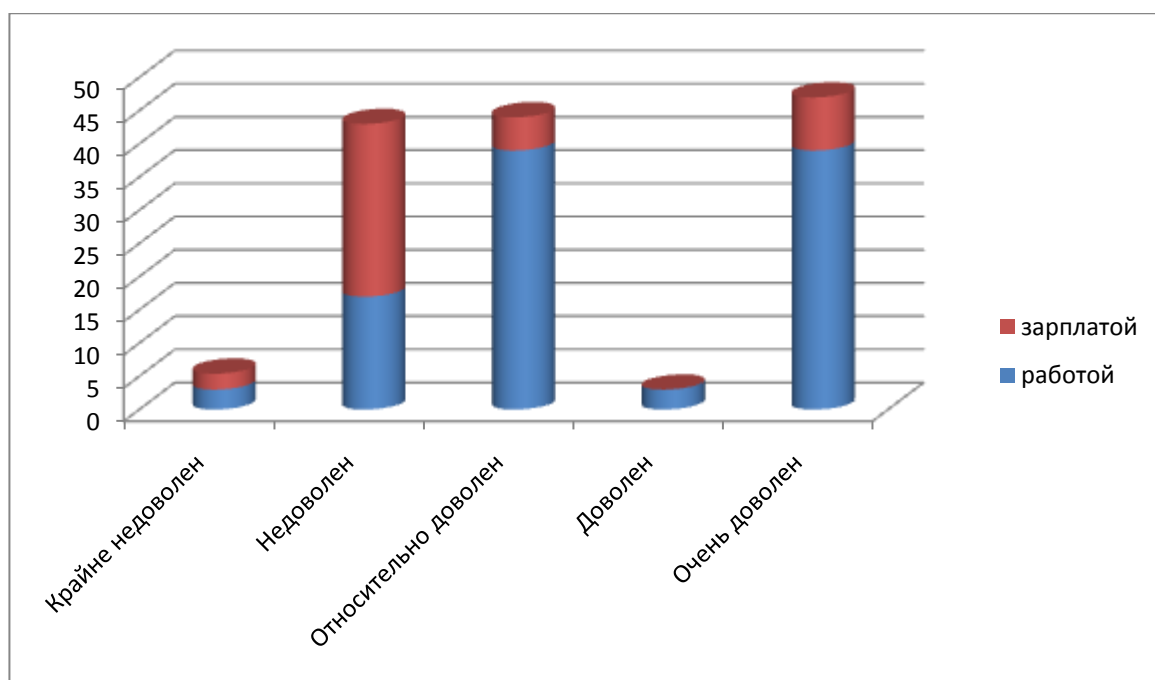


Рис. 6 Удовлетворенность работой и зарплатой врачей акушеров-гинекологов в среднем по России³⁷

Получается обратно пропорциональная зависимость между отношением к работе и отношением к уровню ее оплаты:

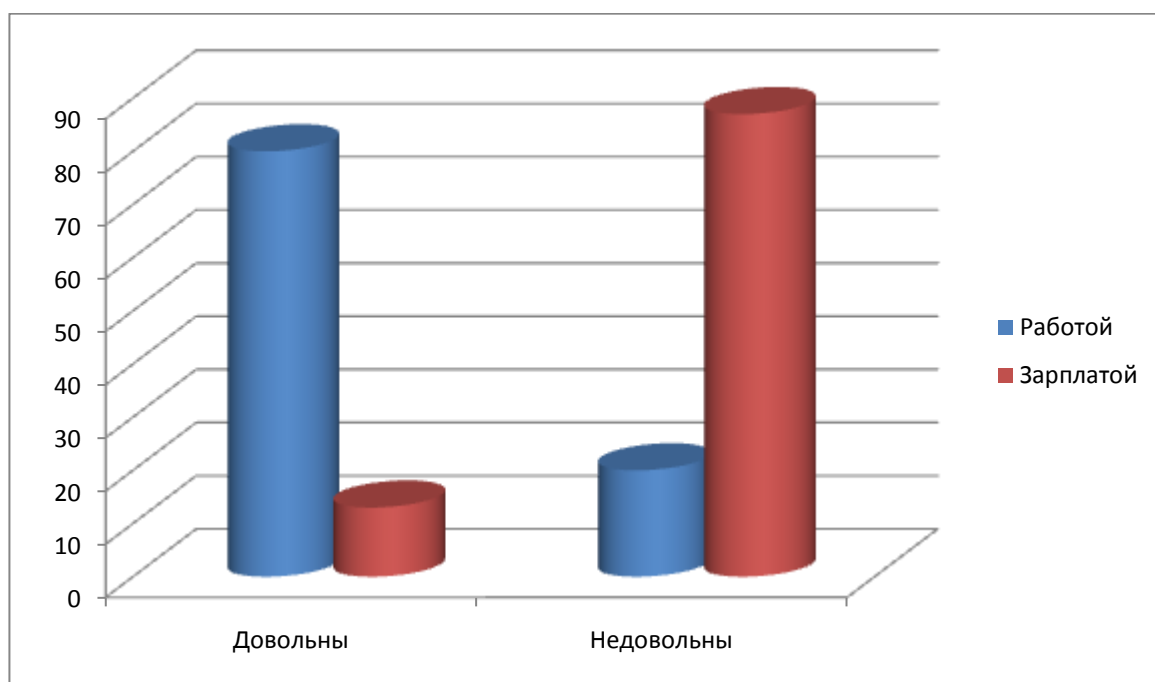


Рис. 7 Удовлетворенность работой и уровнем ее оплаты

Поскольку, как мы уже отмечали, в России существует большая разница между регионами и, особенно, между регионами и столицами, то

³⁷ Там же. Доступ 05.01.2015.

целесообразно оценивать социальное самочувствие врачей акушеров-гинекологов по территориальному принципу. Кроме того, нас интересовало *отношение* к профессии, а не просто ее количественные характеристики. Поэтому мы задали вопрос респондентам о величине их заработной платы не до вычета налогов и сборов, а после – вопрос о тех реальных деньгах, на которые они живут. Данные представлены в таблица 6

Таблица 6

Размер заработной платы по основному месту работы (тыс. рублей)

а) до 5 тыс. рублей;	7.3
б) 5- 10 ;	29.7
б) 11-15;	10.7
в) 16-20;	10.7
д) 21-25;	9.7
е) 26-30;	6.3
ж) 31 – 40 ;	2.3
з) более 40	4

На графике (рис. 8) хорошо видно, что, примерно, треть респондентов зарабатывали не более 10 т.р. в месяц. Впрочем, это можно объяснить и тем, что контингент кадров в регионе молодой и не имеет врачебных категорий, о чем мы говорили в главе 2 данного исследования.

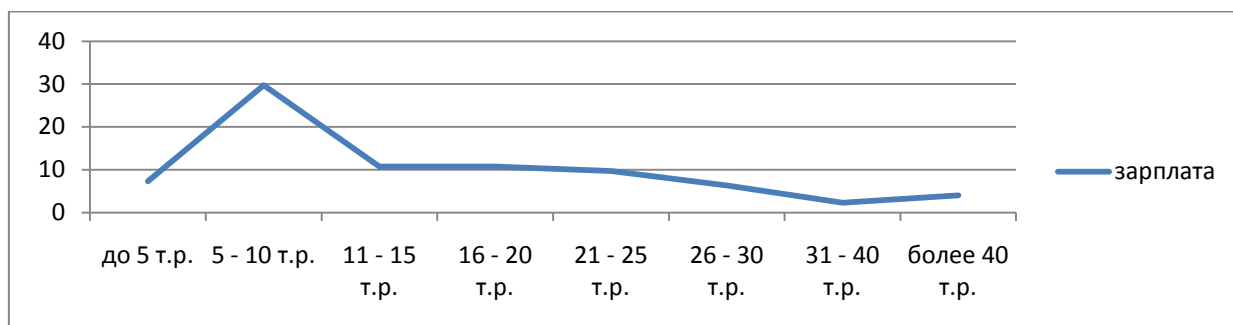


Рис. 8 Зависимость оплаты труда от возраста и стажа работы врачей

Разумеется, такая оплата труда не удовлетворяет врачей, о чем они однозначно заявили при ответах на вопрос о желаемом ее размере (таблица 7).

Таблица 7

Желаемый размер заработной платы (тыс. рублей)

10-15	0
-------	---

16-20	0,3
21-25	1,7
26-30	8,3
31- 40	14
более 40	71

Большинство респондентов считает справедливой зарплату более 40 т.р. в месяц (71%), что полностью согласуется с общероссийской тенденцией. Такие зарплаты есть, предложения о вакансиях с ежемесячной оплатой в 45 т.р. в г.Краснодаре можно найти в Интернете, н, во-первых, это единичные предложения, а, во-вторых, они исходят от частных клиник, которых не так много.

Какое влияние оказывает степень удовлетворенности оплатой труда на реализацию профессиональных функций врачами акушерами-гинекологами в профилактической работе с пациентками? Очевидно, что неудовлетворенность заработной платой элиминирует стимулы для активизации профилактической деятельности. Другими словами, обязательные мероприятия (например, профосмотры) выполняются, но индивидуальная работа с пациентками ограничивается стандартными рекомендациями.

Несмотря на несправедливую, по мнению респондентов, оплату труда, отношение к работе лояльное, большинство она полностью или частично удовлетворяет (таблица 8).

Таблица 8

Удовлетворенность выполняемой работой

а) да полностью;	28.3
б) да, частично	57.7
в)нет;	1.7
г) затрудняюсь ответить;	8

Если отнести затруднившихся с ответом к числу частично неудовлетворенных работой, то распределение будет выглядеть следующим образом (рис.9)

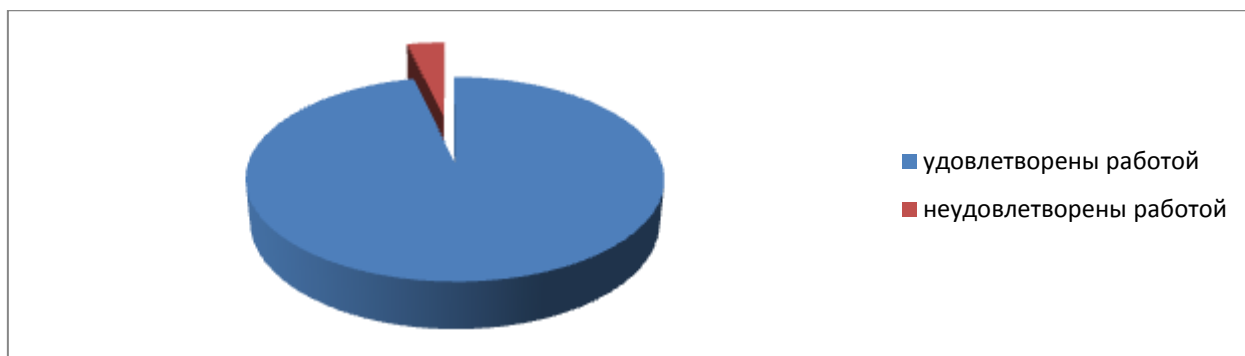


Рис. 9 Удовлетворенность работой врачей акушеров-гинекологов

Это распределение также соответствует общероссийскому. Достоверность показателей удовлетворенности работой подтверждается проверочными вопросами, которые мы задавали врачам. Так, более половины из них (58,3%) признают, что на работе чувствуют себя комфортно, преобладающее настроение у них ровное и спокойное (таблица 9), а у некоторых даже приподнятое (17,3%).

Таблица 9

Ваше преобладающее настроение на работе

а) ровное	58.3
б) неустойчивое	19.3
в) приподнятое	17.3
г) тоскливое	3.3
д) раздражительно-гневливое	0,7

Хотя характер деятельности связан с большими нервными перегрузками, поэтому не удивительно, что почти 1/5 часть респондентов ощущает неустойчивость настроения. Но, в целом, работа респондентов радует (рис. 10).

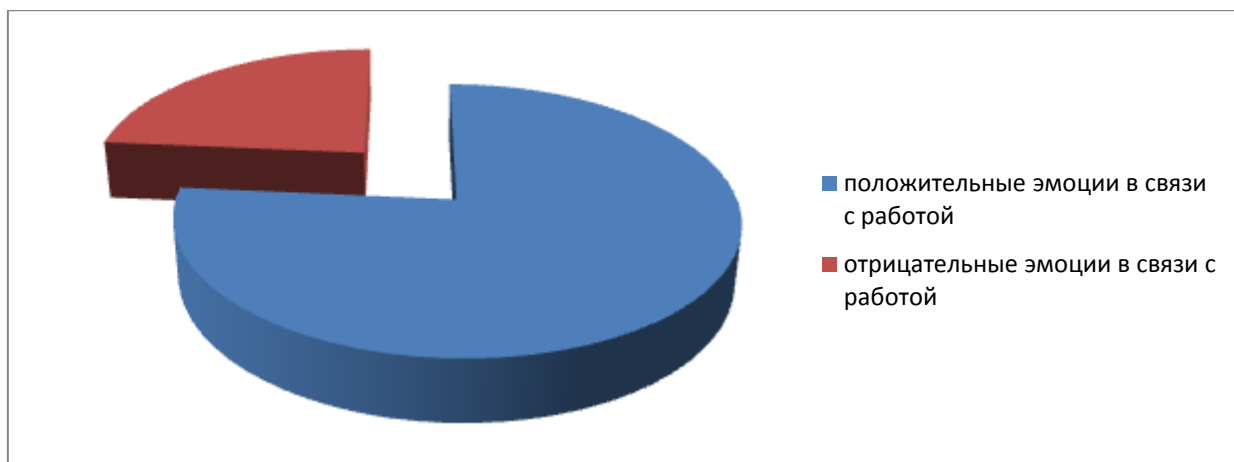


Рис. 10 Эмоциональный эффект профессиональной деятельности врачей

В многом такое настроение объясняется высокой сплоченностью профессиональной группы врачей акушеров-гинекологов. Подавляющее большинство респондентов (91%) характеризуют отношения в группе как спокойные, ровные, что не может не сказываться положительно на настроении каждого ее члена (таблица 10).

Таблица 10

Отношения с коллегами на работе

а) спокойные	91.3
б) конфликтные	1.3
в) конкурентные	4

Здесь необходимо отметить, что принципиальным фактором, определяющим сплоченность профессиональной группы, является характер деятельности, о котором мы уже говорили выше. Хотя избежать конфликтов не удастся, они отмечаются весьма малым количеством респондентов (5,3%).

В то же время, нельзя не отметить, что в группе врачей, удовлетворенных своей работой, больше половины удовлетворены ею только частично (57,7%). Что же не нравится акушерам-гинекологам в их профессиональной деятельности? (таблица 11).

Таблица 11

Причина неудовлетворенности работой у врачей акушеров-гинекологов

а) загруженность;	31.3
б) большое количество бумажной работы;	38
в) необоснованные завышенные требования пациентов;	8.7
г) отсутствие возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС;	23.7
д) размер заработной платы;	36
е) не люблю свою работу;	0.3
ж) др. причины (укажите)	1.3

Это не столько размер заработной платы (36%), сколько большое количество бумажной работы (38%). Действительно, оформление документации не является тем видом деятельности, на которую

ориентируются молодые люди, поступая в медицинский вуз. Это не то, чему их учат и, главное, их профессионализм требуется, в основном, в лечебном процессе, а не в бюрократическом.

Поскольку требования по оформлению растущего перечня документов исходят, согласно регламенту, от ТФОМСа, то отношение к этой организации проявляется и в ответах врачей – 23,7% респондентов считают, что у них пока отсутствуют возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС. Негативное восприятие пациентов также присутствует в ответах врачей, но всего у 9% опрошенных. Если интерпретировать мнения о причинах неудовлетворенности работой по критерию социальных субъектов, от которых исходят негативные интенции, то они распределяться следующим образом (рис.11). Необходимо пояснить, что размер заработной платы определяется в соответствии с законами государства и в зависимости от его финансовых возможностей, хотя корректировка этого показателя происходит и на уровне ТФОМСа, и на уровне администрации медицинского учреждения.

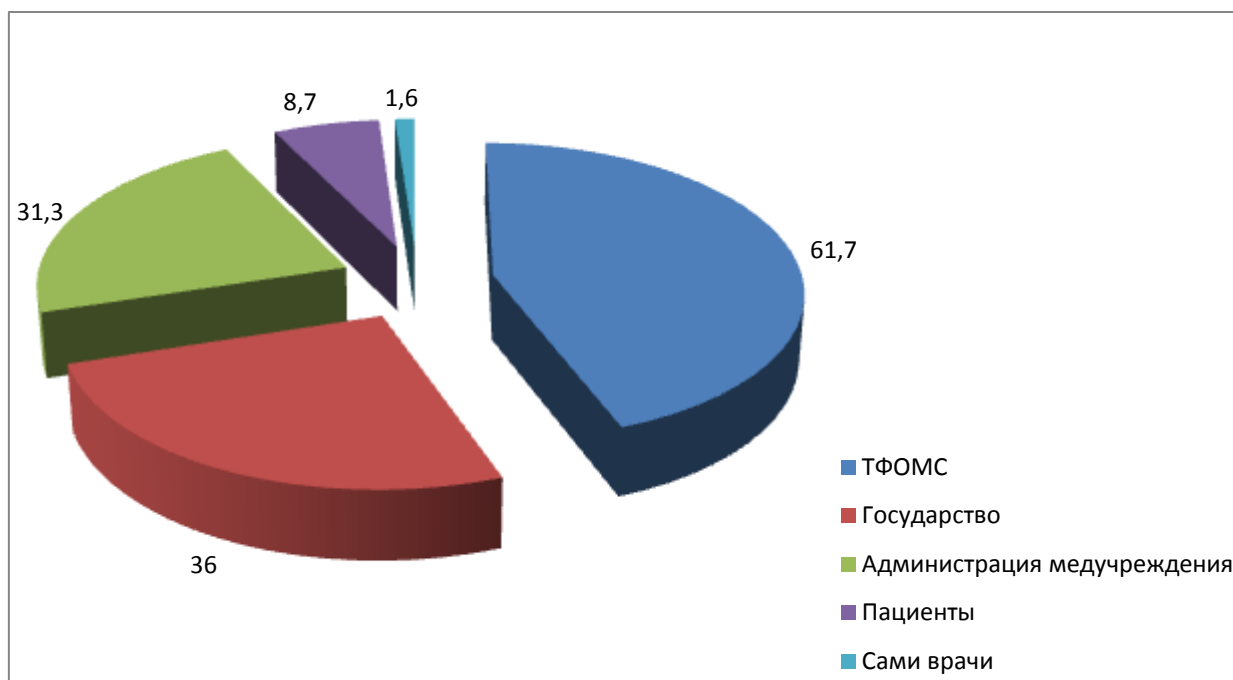


Рис. 11 Социальные субъекты, негативно влияющие на отношение врачей к своей работе

Но, как бы ни любил врач свою профессию, привыкание к ней порождает то, что принято называть профессиональной деформацией. В

каждой профессии ее результаты проявляются по-своему. Какие же риски для личности содержит труд врача акушера-гинеколога? С точки зрения респондентов, самый неприятный «побочный эффект» - ощущение отсутствия профессионального роста, его часто испытывают 11,3% респондентов, а иногда – 48,3%. Это ощущение непосредственно связано с «привыканием» к деятельности определенного рода, на которое жалуются 56,3% врачей, причем, 5% страдают от этого достаточно регулярно (таблица 12).

Таблица 12

Нежелательные последствия работы врачом акушером-гинекологом

	Утверждение	Редко	Иногда	Часто
1	На работе и в семье я испытываю враждебность и гнев	36.7	48.7	1
2	Я замечаю, что становлюсь все более черствым и равнодушным к своим коллегам, родным и приятелям	32	48	2.3
3	Я замечаю, что становлюсь все более черствым и равнодушным к своим пациентам	33.7	48.3	2.7
4	Работа, как и сама жизнь, стала утомительной, скучной и монотонной	31.3	51.3	5
5	Я чувствую, что не расту профессионально	27.7	48	11.3
6	Я постоянно спрашиваю себя, подходит ли мне моя работа	34	44.7	9
7	Каждое утро я просыпаюсь с чувством «не знаю, смогу ли я выдержать еще один день?»	32.7	49.7	4.7
8	По-моему, на работе никого не интересует, что я делаю	37.3	42.7	5
9	Я замечаю, что меньше занимаюсь работой, в основном, стараюсь отклониться от нее	31.3	49.7	1

В то же время, следует отметить, что более трети респондентов редко испытывают негативные последствия работы по специальности для личности. Корреляционный анализ показал, «уставших» больше всего в группе врачей со стажем от 10 до 19 лет. Очевидно, это как раз тот период, когда накопившееся привыкание к профессии либо заставляет искать в ней

что-то новое, способствует профессиональному росту, либо ведет к стагнации тех, в ком профессиональные качества так и не закрепились. Мы условно обозначили группу тех, кто уверен в себе и в правильности выбранной профессии как «сформировавшихся профессионалов» (36,5%), тех, кто уверен в правильности выбора профессии, но иногда сомневается в себе, «формирующимися профессионалами» (53,1%), а тех, кто чаще видит негативные последствия профессии для себя – «несостоявшимися профессионалами» (10,4%). Данные опроса позволяют представить распределение между этими группами следующим образом (рис.12). Следует отметить, что у формирующихся профессионалов тренд в направлении сформированности просматривается достаточно отчетливо, хотя, конечно, среди них могут быть и те, кто покинет профессию или перейдет в группу несостоявшихся профессионалов. Но это могут быть только единицы.

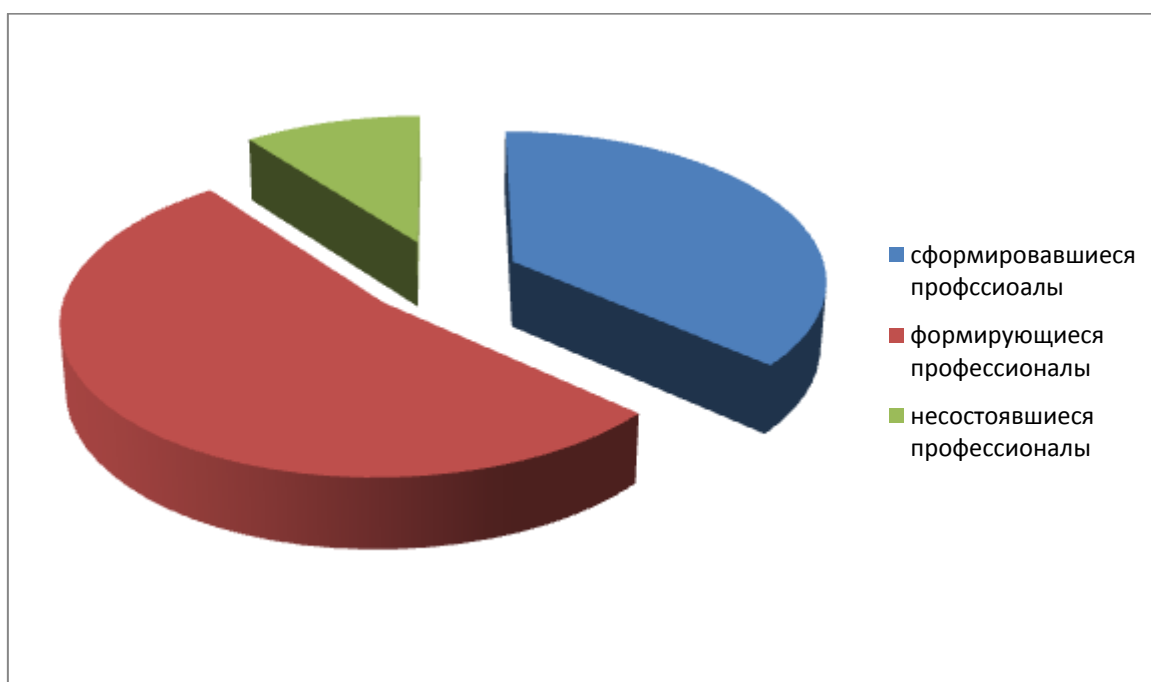


Рис. 12 Степень адаптации к профессии в группе врачей акушеров-гинекологов

Отраженное в диаграмме распределение подтвердилось и в ответах на вопрос, в котором выяснялись компоненты отношения к профессии (таблица 13). Именно представители группы сформировавшихся профессионалов

выразили полную удовлетворенность самой работой (29,3%) и, в то же время, признались в постоянной потребности повышать свой профессиональный уровень (27%).

Таблица 13

Удовлетворенность работой врачей акушеров-гинекологов

Высказывание	Вполне удовлетворен(а)	Удовлетворен(а)	Не вполне удовлетворен(а)	Не удовлетворен(а)	Крайне не удовлетворен(а)
Ваша удовлетворенность ЛПУ, где Вы работаете	31	34.3	20	6	0,7
Ваша удовлетворенность условиями труда (комфорт рабочего места, оснащенность)	29.7	31	21	8.7	1.3
Ваша удовлетворенность самой работой	29.3	45	13.3	3	0.7
Ваша удовлетворенность стилем руководства	31	33.7	15	8.3	3.7
Ваша удовлетворенность профессиональной компетенцией своей	20	37	25.3	3.3	2.7
Ваша удовлетворенность зарплатой, в смысле соответствия вашим трудозатратам	8.3	14.3	20.3	29.3	15.3
Ваша удовлетворенность зарплатой, в сравнении с тем, что за эту же работу платят в других местах	11	18	15	26.3	17.3
Ваша удовлетворенность возможностью продвижения по службе	22	36.3	17.7	11.3	2.3
Ваша удовлетворенность тем, что на работе Вы можете использовать все свои возможности	22.7	34.3	14.3	12	2.7
Ваша удовлетворенность длительностью рабочего дня	24	35	10.3	11.3	2

Распределение ответов на контрольный вопрос «Если бы у Вас был выбор, проработали бы Вы здесь еще 5 лет?» представлено на диаграмме (рис.13)

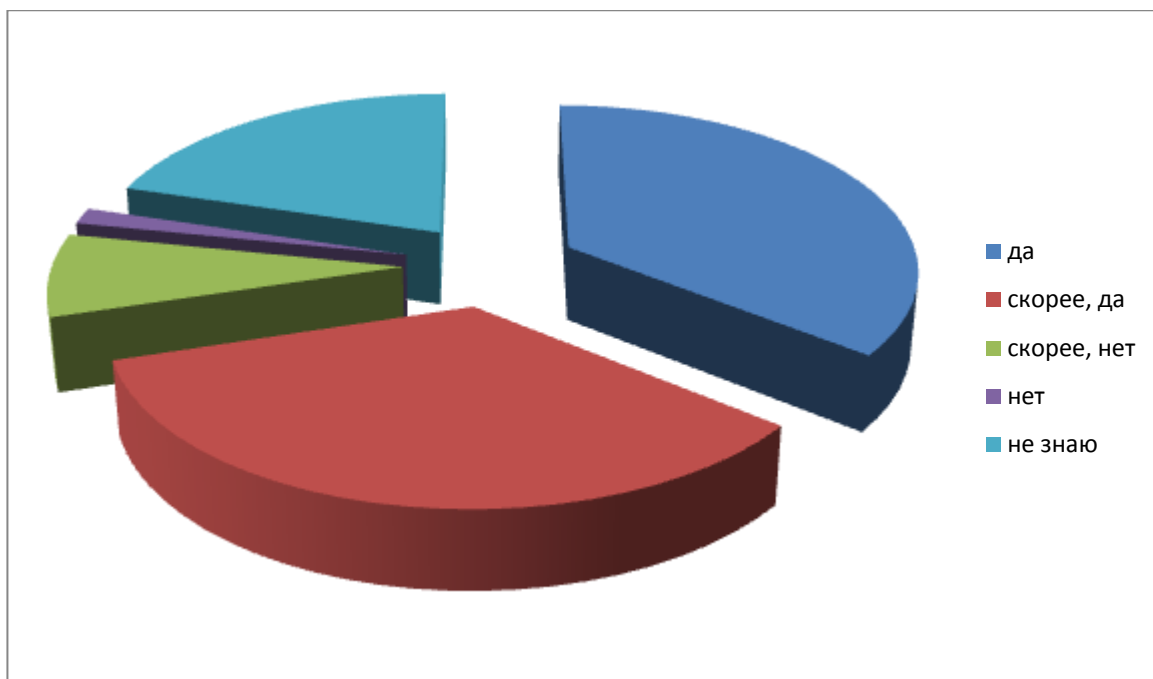


Рис. 13 Планы врачей на продолжение профессиональной деятельности

Проверка достоверности полученных в ходе анкетирования данных проводилась путем анализа ответов на два вопроса, первый из которых был ориентирован на подтверждение информации о низком уровне негативных эмоций, связанных с работой в сообществе врачей акушеров-гинекологов, а второй помогал эксплицировать проблемы в работе акушерско-гинекологической службы, связанные с выполнением врачами своих профессиональных обязанностей (таблица 14).

Таблица 14
Ответы на вопрос «Что Вам мешает в Вашей работе на данный момент ?» (отметить значимые пункты):

№	Вопрос	Да (%)
1	Отрицательное влияние работы на состояние здоровья	22
2	Большой объем работы	40.3
3	Низкая заработная плата	56.3
4	Отсутствие финансовых стимулов в работе	38.7
5	Большая нагрузка в связи с вынужденным совмещением в разных ЛПУ, включая частные	16.3
6	Не соответствующие современным требованиям условия труда	20.7
7	Отсутствие перспективы служебного роста	9
8	Стиль управления руководителя	11

9	Конфликты в коллективе, «нездоровая» обстановка в коллективе	11.3
10	Конфликты с руководством	2.3
11	Конфликты с пациентами	5.3
12	Очень конфликтные больные	10.3
13	Необоснованно завышенные требования пациентов	24
14	Большое количество необоснованных жалоб и претензий со стороны пациенток	Нет ответа
15	Большое количество задаваемых вопросов со стороны пациенток и их родственников	Нет ответа
16	Невозможность проявить себя на работе	Нет ответа
17	Отсутствие четких клинических протоколов и стандартов оказания помощи	Нет ответа
18	Большое число проверок различных контролирующих органов	Нет ответа
19	Другое	Нет ответа

Несмотря на большой выбор вариантов ответов, далеко не все они были использованы респондентами. Понятно, что если врач любит свою работу, то пациентки его не только не раздражают, он просто существует как профессионал только во взаимодействии с ними. Поэтому такие варианты ответов как «большое количество задаваемых пациентками вопросов» и «большое количество необоснованных жалоб» вряд ли могли быть выбраны. А вот то, что в число мешающих работе факторов не попал вариант «Большое число проверок различных контролирующих органов» вызывает удивление, поскольку в России не жалуется на проверки только ленивый. С другой стороны, в выборке было очень мало руководителей, а рядовые врачи переживают проверочные компании не так остро как администраторы.

Что касается причин, мешающих полностью реализовать профилактическое направление в работе, то к ним можно отнести большой объем работы (40.3%), низкую заработную плату (6.3%) и отсутствие финансовых стимулов в работе (38.7%).

Если рассмотреть, как мы уже делали, структуру ответов по критерию влияния социальных субъектов на трудности в работе врачей акушеров-гинекологов, то распределение будет выглядеть следующим образом (рис.14)

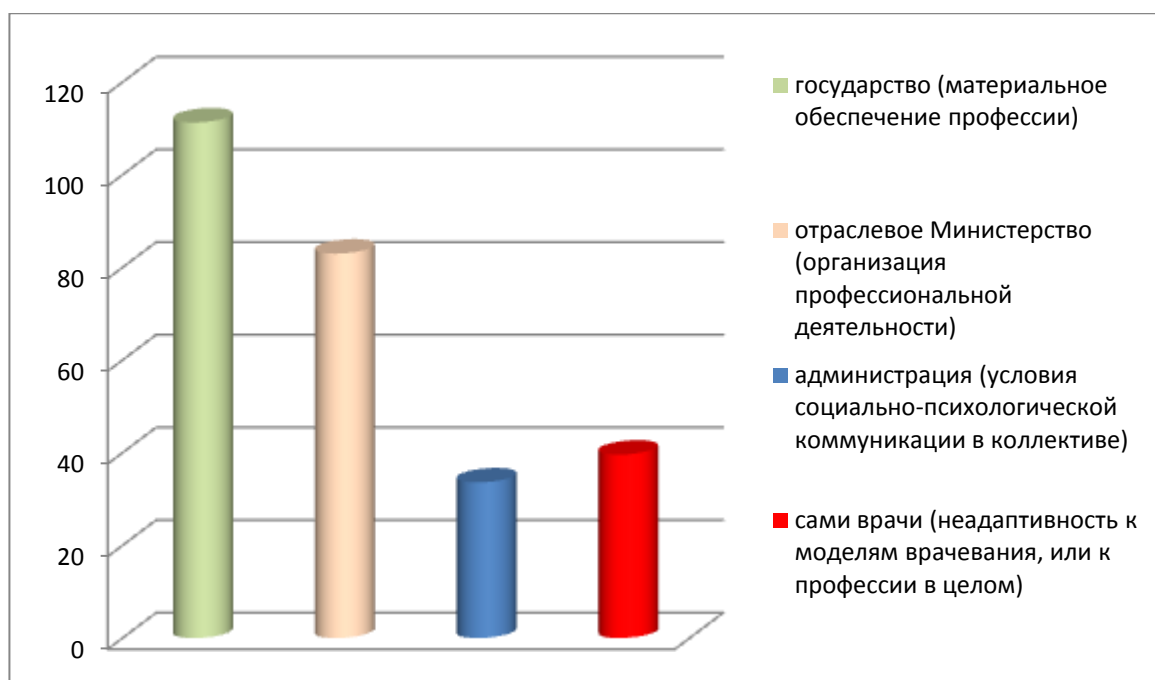


Рис. 14 Влияние социальных субъектов на трудности в работе врачей акушеров-гинекологов

Таким образом, ответы на проверочный вопрос подтвердили достоверность полученных ранее данных и их интерпретации. Корреляционный анализ показал, что больше негативных ожиданий и претензий высказали врачи из группы со стажем от 10 до 19 лет. Эта часть респондентов вообще по своему социальному настроению и профессиональным ожиданиям отличается некоторым негативизмом. Его можно объяснить как «кризисом сорокалетних» (Жан-Поль Сартр), так и вступлением женщин из этой группы в климактерический период. Но специально мы этим вопросом не занимались.

Экспертная оценка респондентами ситуации в системе акушерско-гинекологической помощи выглядела так, как это представлено на таблице 15.

Таблица 15

Ответы на вопрос «Что по Вашему мнению в настоящее время влияет отрицательно на качество оказания акушерско-гинекологической помощи?»

большая степень износа медицинского оборудования;	35
плохая оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием;	39.3
неукомплектованность поликлиник общего профиля врачами;	28.7

отсутствие возможности оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь женщинам в требующихся объемах;	34.3
плохое состояние (большая степень износа) зданий медицинских учреждений;	15.7
необходимость проведения капитального ремонта здания Вашего мед. учреждения;	12
несовершенство системы обязательного медицинского страхования;	20
низкие тарифы ОМС;	29.3
существенное недофинансирование стационарной медицинской помощи через ОМС;	22.3
слабая социальная защищенность медицинских работников;	26.3
нерешенность жилищных проблем врачей;	14.7
низкие зарплаты врачей, не вошедших в программу национального проекта	37.7
старение медицинских кадров;	18.7
недостаточное количество выделяемых денежных средств для содержание мед. учреждения;	10.7
недостаточное количество выделяемых денежных средств на ремонт мед. учреждения;	9
отсутствие аптечных пунктов вблизи мед. учреждения;	3
ограниченные возможности для организации системного посещения специалистов других медицинских специальностей: эндокринолога, уролога, хирурга, невролога, дерматолога, кардиолога и т.д.	25.3
несерьезное отношение женщин к своему здоровью, несоблюдение рекомендаций врача.	32,7
Другое	1,7

Очевидно, что, по-прежнему, материальная поддержка врачей стоит на одном из первых мест (37,7%), но не на первом, потому что, как показало исследование, врачи акушеры-гинекологи больше озабочены ситуацией в своей профессиональной сфере, чем в своей личной жизни. Именно поэтому они отмечают как самый большой недостаток в современной системе акушерско-гинекологической помощи недостаточную оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием (39.3), большую степень износа медицинского оборудования (35%) и несерьезное отношение женщин к своему здоровью, некомплаентность пациенток (32,7%). Почти треть респонденток недовольны организацией работы ОМС – низкими тарифами (29,3%), существенным недофинансированием стационарной медицинской помощи через ОМС (22,3%), пятая часть опрошенных прямо признает несовершенство системы обязательного медицинского страхования

(20%) одной из существенных трудностей в обеспечении женщин квалифицированной акушерско-гинекологической помощью.

Все указанные трудности действительны при реализации профилактического направления акушерско-гинекологической деятельности.

Если типологизировать ответы по предмету отмечаемых трудностей, то можно представить следующее их распределение (рис.15)

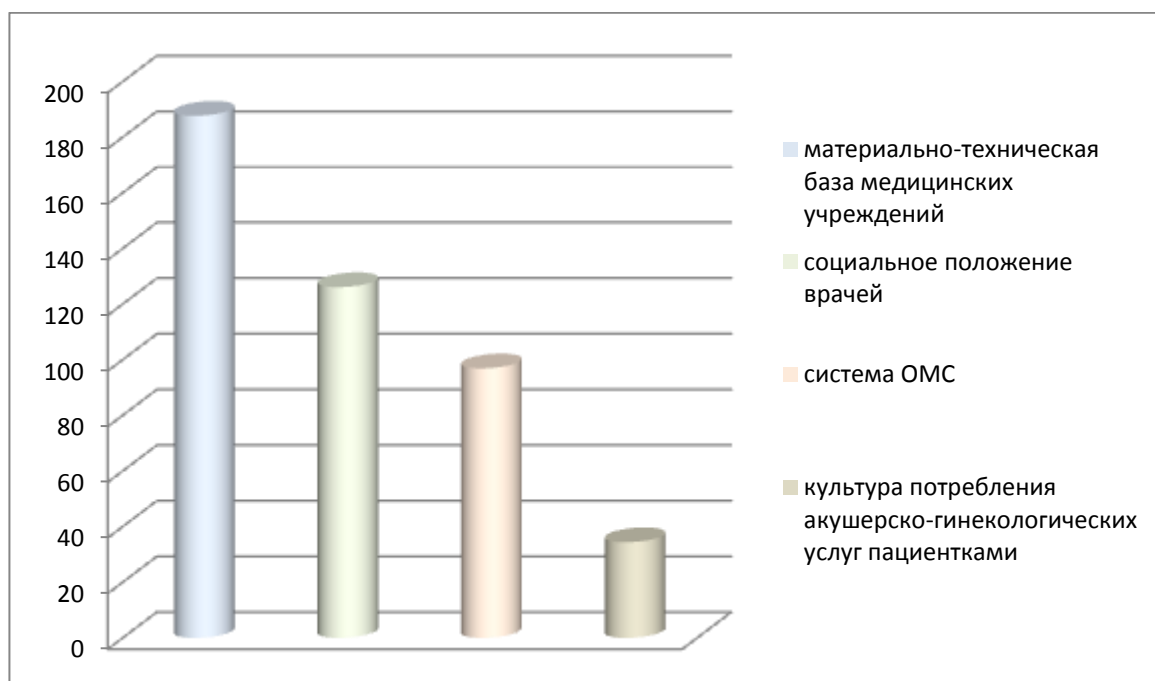


Рис. 15 Трудности при реализации профилактического направления акушерско-гинекологической деятельности

Таким образом, можно представить **социальный профиль отношения к своей профессии типичного врача акушера-гинеколога**, работающего в регионе:

Женщина (93,3%), средний возраст – 34 года, стаж работы до 10 лет. Работает врачом акушером-гинекологом в женской консультации (38,3%) регионального центра (59,7%). Проживает в зарегистрированном браке (64,3%), считая его вполне гармоничным (69,7%). Испытывает высокий интерес к работе (67,7%), идея служения людям продолжает оставаться для нее одной из главных в установках на профессиональную деятельность (60,3%). Стремится максимально полно реализовать свою квалификацию (56,7%), критично относится к себе – часто (11,3%) или иногда (48,3%)

ощущает отсутствие профессионального роста. Недовольна размером оплаты своего труда (50,4%), который составляет от 10 до 16 тыс. руб. в месяц, считает справедливой зарплату более 40 тыс.руб. в месяц (71%). Несмотря на несправедливую оплату труда, работа ее полностью (28,3%) или частично (57,7%) удовлетворяет. Высоко ценит ровные, спокойные отношения в своем коллективе и своей профессиональной группе (91%). Основным, что мешает в работе, считает не размер заработной платы (36%), а большое количество бумажной работы (38%). Считает, что для совершенствования системы акушерско-гинекологической помощи в регионе необходимо, прежде всего, повысить уровень оснащенности медицинских учреждений диагностическим оборудованием (39,3), улучшить материальную поддержку врачей (37,7%), воспитывать у пациенток культуру потребления медицинских услуг (32,7%).

Выводы.

1. Мотивы вхождения в профессию, преимущественно, альтруистически-романтические, пребывание в ней уже актуализирует более конкретную и практическую мотивацию. специфические мотивы предупреждения заболеваний женской репродуктивной системы в системе мотивации к профессии у врачей акушеров-гинекологов не выражены.

2. Мотивацию к пребыванию в профессии у врачей акушеров-гинекологов можно разделить на три блока: 1) основным мотивом является содержание деятельности – как операциональное, так и гуманитарное (50,21%); 2) основным мотивом является карьерный рост (42,35%) 3) основным мотивом являются материальные соображения (7,44%)

3. Обратная пропорциональная зависимость между отношением к работе и отношением к уровню ее оплаты. неудовлетворенность заработной платой элиминирует стимулы для активизации профилактической деятельности. Другими словами, обязательные мероприятия (например,

профосмотры) выполняются, но индивидуальная работа с пациентками ограничивается стандартными рекомендациями.

4. К негативным моментам в работе врача акушера-гинеколога респонденты относят большое количество бумажной работы (38%) и низкую заработную плату (36%), а 23,7% респондентов считают, что у них пока отсутствуют возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС.

4. К рискам для личности в своей работе врачи акушеры-гинекологи относят, прежде всего, ощущение отсутствия профессионального роста, его часто испытывают 11,3% респондентов, а иногда – 48,3%. Это ощущение непосредственно связано с «привыканием» к деятельности определенного рода, на которое жалуются 56,3% врачей, причем, 5% страдают от этого достаточно регулярно.

5. Можно выделить 3 группы в сообществе акушеров-гинекологов по критерию адаптации в профессии: 1) те, кто уверен в себе и в правильности выбранной профессии - «сформировавшиеся профессионалы» (36,5%), 2) те, кто уверен в правильности выбора профессии, но иногда сомневается в себе - «формирующиеся профессионалы» (53,1%), 3) те, кто чаще видит негативные последствия профессии для себя – «несостоявшиеся профессионалы» (10,4%).

6. К причинам, мешающим акушерам-гинекологам полностью реализовать профилактическое направление в работе, можно отнести большой объем работы (40.3%), отсутствие финансовых стимулов в работе (38.7%), а также несерьезное отношение женщин к своему здоровью, несоблюдение рекомендаций врача, которое отмечают 32,7% респондентов.

7. Врачи акушеры-гинекологи больше озабочены ситуацией в своей профессиональной сфере, чем в своей личной жизни, поэтому они отмечают как самый большой недостаток в современной системе акушерско-гинекологической помощи в реализации, прежде всего, профилактических задач, низкую оснащенность медицинских учреждений диагностическим

оборудованием (39,3), большую степень износа медицинского оборудования (35%) и отсутствие установок на профилактику гинекологических заболеваний у пациенток, их некомплаентность (32,7%).

3.3. Отношение врачей акушеров-гинекологов к собственному здоровью как необходимое условие их профилактической деятельности

Знаменитое высказывание «Врачу – исцелися сам» во все времена имело актуальное значение. Прежде всего, доверие пациентов к врачу, который сам не обладает крепким здоровьем, обычно, достаточно низкое. Во-вторых, врачевание всегда требовало не только хорошей специальной подготовки, но и значительных физических сил, нервно-психологической устойчивости. Кроме того, врач, не заботящийся о своем здоровье, не обладает необходимыми установками на профилактическую деятельность в своей профессиональной сфере. Вероятно, эти соображения были известны нашим респондентам, поскольку большинство из них отметили, что считают свое здоровье хорошим (таблица 16).

Таблица 16

Ответы на вопрос «Как в целом Вы оцениваете состояние своего здоровья?»

а) очень хорошее	2,3
б) хорошее;	59,3
в) удовлетворительное;	36,3
г) плохое;	0
д) очень плохое;	0
е) затрудняюсь ответить;	0,7

Правда, только самые молодые из врачей дали наивысшую оценку своему здоровью (всего 2,3%), а врачи, проработавшие более 10 лет, были настроены менее оптимистично, назвав состояние своего здоровья удовлетворительным (36,3%).

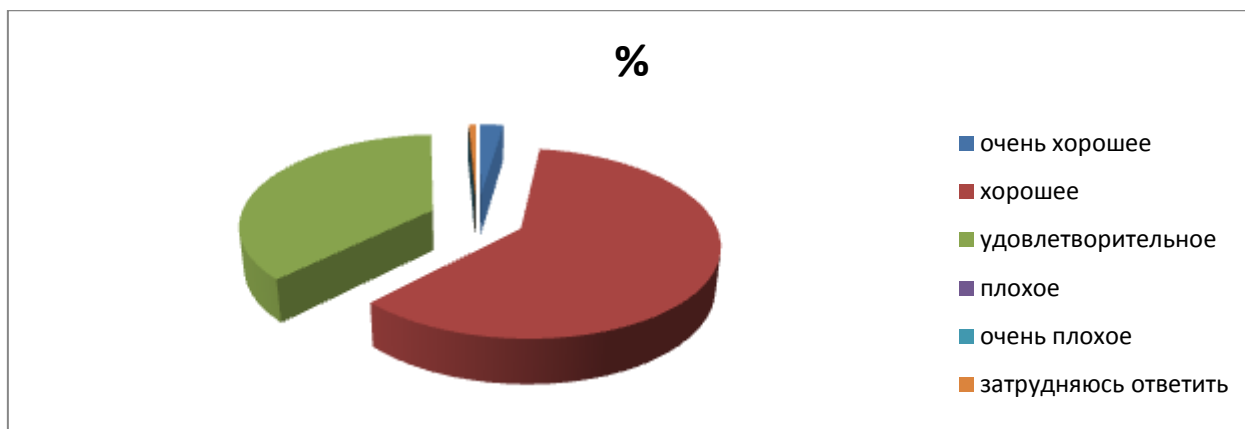


Рис. 16 Оценка врачами своего здоровья

Это совпадает с данными *профилактических осмотров* медицинских работников, хотя, как нам удалось выяснить, многие из них проходили медицинское обследование чисто формально, о чем будет сказано ниже.

Врачи акушеры-гинекологи признаются, что мало внимания уделяют заботе о собственном здоровье (40,3%). Интересно, что в эту группу попало большинство респондентов, признавших свое здоровье не хорошим, а удовлетворительным, хотя причинно-следственную связь между состоянием здоровья и заботой о нем установить только на основании этого сопоставления нельзя.

В целом же, половина респондентов уделяет достаточно внимания заботе о здоровье (51,7%), хотя нашлись несколько человек, которые отрицали заботу о здоровье в качестве жизненного приоритета (таблица 17)

Таблица 17

Ответы на вопрос «В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?»

а) очень забочусь	4,3
б) в основном забочусь	51,7
в) мало забочусь	40,3
г) совсем не забочусь	1,7
д) затрудняюсь ответить	0,7

Практически, 92% респондентов занимают «среднюю» позицию в вопросе заботы о здоровье, что также можно считать достоверным, поскольку эти данные подтверждаются ответами на другие вопросы анкеты (рис. 17)

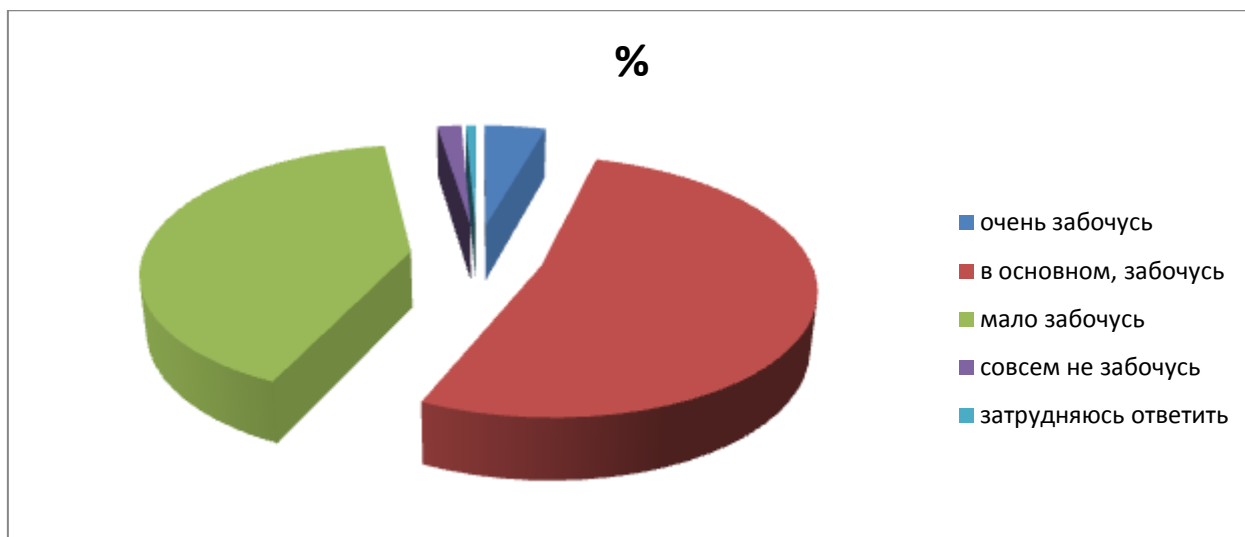


Рис. 17 Самооценка врачами заботы о собственном здоровье

Поскольку большинство респондентов (64,7%) подтвердили прохождение диспансеризации (таблица 18), ее результаты можно считать объективным критерием достоверности ответов на вопросы анкеты.

Таблица 18

Ответы на вопрос «Проходили ли Вы в течение последних двух лет диспансеризацию?»

а) да, проходил;	64,7
б) да, анализы сдал(а), но проходил формально, специалисты не смотрели	34,7
в) да, но анализы не сдавал(а), специалистами не осматривал(ась)ся	0
б) нет, не проходил(а);	0

Как известно, содержание медицинской документации по диспансеризации является врачебной тайной, поэтому мы не можем обсуждать их содержание или пересказывать его. Но то, что прошедшие диспансеризацию врачи допущены к работе, свидетельствует об удовлетворительном (как минимум) состоянии их здоровья. Настораживает другое – более трети опрошенных прошли диспансеризацию формально – сдали анализы, убедились в том, что здоровье в норме, а к специалистам не пошли (рис.18)

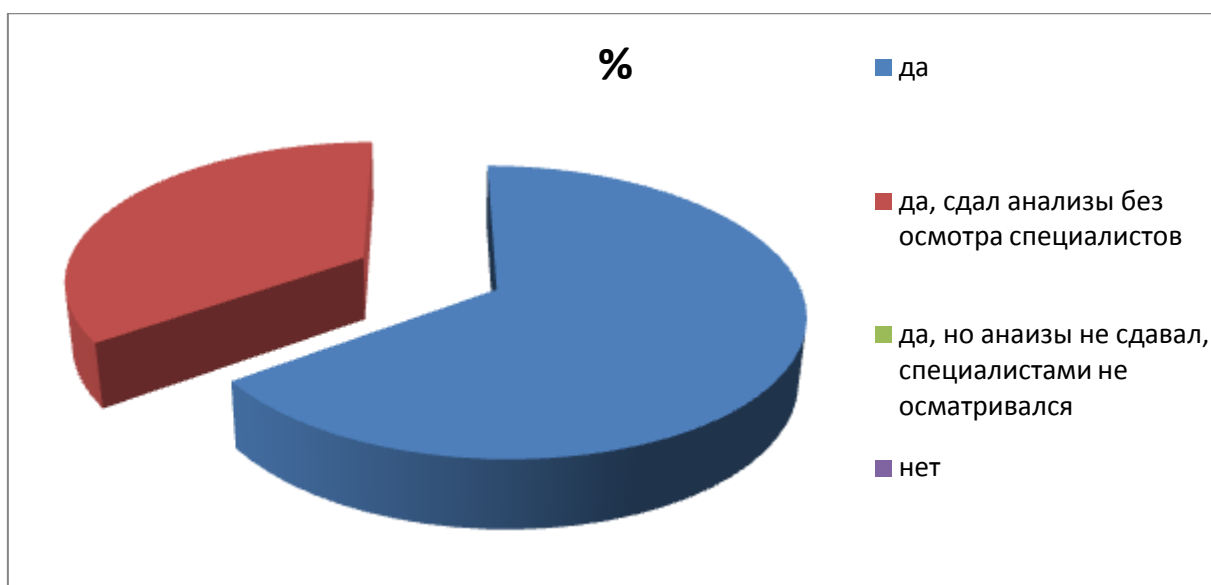


Рис. 18 Прохождение врачами профилактических осмотров и/или диспансеризации

Эта картина достаточно типична для медицинской среды вообще, где каждый является специалистом в своей области и зачастую не считает нужным обращаться к коллегам за профессиональными консультациями по поводу собственного здоровья. Это специальная тема, достойная внимательного изучения. Мы не будем здесь ее касаться, скажем только, что *врач, формально относящийся к своим обязанностям по охране собственного здоровья, не имеет морального права давать необходимые рекомендации пациентам по вопросам профилактики и диспансеризации.*

Поскольку привлекать данные медицинских осмотров мы не имели права, то задали вопрос самим врачам о том, какими заболеваниями они страдают или к каким имеют предрасположенность (таблица 19).

Таблица 19

Ответы на вопрос «К каким заболеваниям Вы склонны (или какие заболевания имеете)?»

а) Простудные (ОРЗ, ОРВИ);	41,7
б) Сердечно-сосудистые;	7,7
в) Онкологические;	0,3
г) Бронхо-легочные (астма, хронический бронхит и др.);	27,7
д) Лор-органов (хронический тонзиллит, фарингит и др.);	16,7
е) Органов зрения;	20,7
ж) Желудочно-кишечные;	11,3
з) Эндокринные;	6
и) Нервной системы;	19,7

к) Опорно-двигательного аппарата (радикулит и др.)	6
л) Другие заболевания, укажите	0
м) Заболеваний не имею	2,3

Те, кто признал свое здоровье очень хорошим, подтвердили эту оценку, выбрав утверждение об отсутствии у них каких бы то ни было болезней (2,3%). Один человек заявил о наличии у него онкологического заболевания.

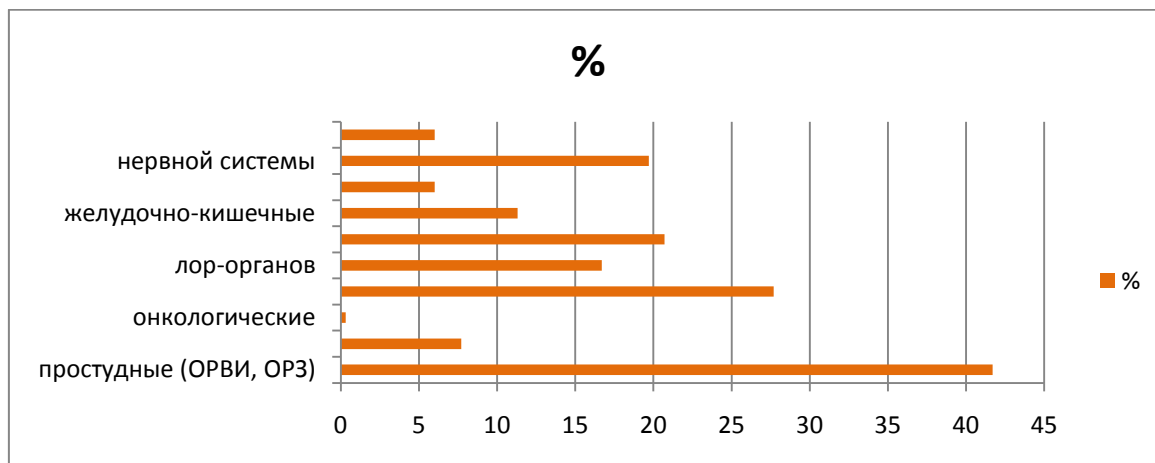


Рис. 19 Распределение заболеваний в группе респондентов

Врачи с наибольшим стажем работы отметили наличие заболеваний опорно-двигательного аппарата (6%), они же признали склонность к простудным заболеваниям и, частично (половина из этой группы) – к сердечно-сосудистым.

В целом же простудные заболевания занимают первое место по распространенности среди врачей акушеров-гинекологов, что характерно для населения вообще. Вряд ли можно на основе полученных данных говорить о каких-то профессиональных заболеваниях именно в данной группе медицинских работников, но тенденция к повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата с увеличением стажа работы в акушерстве и гинекологии, просматривается.

Несколько неожиданным оказался высокий процент жалоб на бронхо-легочные заболевания (27,7%) и заболевания органов зрения (20,7), причем, в основном, среди молодых врачей со стажем работы до 10 лет. В отличие от распространенности заболеваний нервной системы (19,%), здесь никакой

связи с профессией не просматривается, поэтому мы предположили здесь общепопуляционную тенденцию.

В вопросах борьбы с болезнью поведение врачей акушеров-гинекологов значительно отличается от того, что они советуют своим пациентам (таблица 20).

Таблица 20

Ответы на вопрос «В случае наличия заболевания, обычно каким образом Вы лечитесь?»

а) Обращаюсь к врачам в гос. учреждение;	37
б) Обращаюсь к врачам в частную клинику;	18
в) Обращаюсь за советом к коллегам по работе без оформления мед. документов или советуюсь со знакомыми врачами по телефону	33,7
д) Обращаюсь к людям, лечащим нетрадиционными средствами;	15
е) Лечусь самостоятельно, применяя лекарства и «народные» средства;	38
ж) Ищу ответ и методы лечения в интернете;	2,3
з) Лечусь тем, что предложат в аптеке;	0
и) Ничего не делаю	1,3

Пациентам рекомендуется приходить на прием к врачу или вызывать врача на дом. Среди самих врачей наибольшую группу составляют те, кто занимается самолечением (38%) и/или неформально советуется с коллегами (33,7%). Наибольшее число респондентов (20,7%) выбрали оба эти варианта.

Полученные данные позволяют говорить об устойчивости приоритетов в данном вопросе – *в случае болезни врачи доверяют, в первую очередь, себе, во вторую – медицинским работникам госучреждения, в третью – своим знакомым врачам, в четвертую – частным клиникам (18%), в пятую – людям, лечащим нетрадиционными средствами (15%), что достаточно странно* (рис. 20).

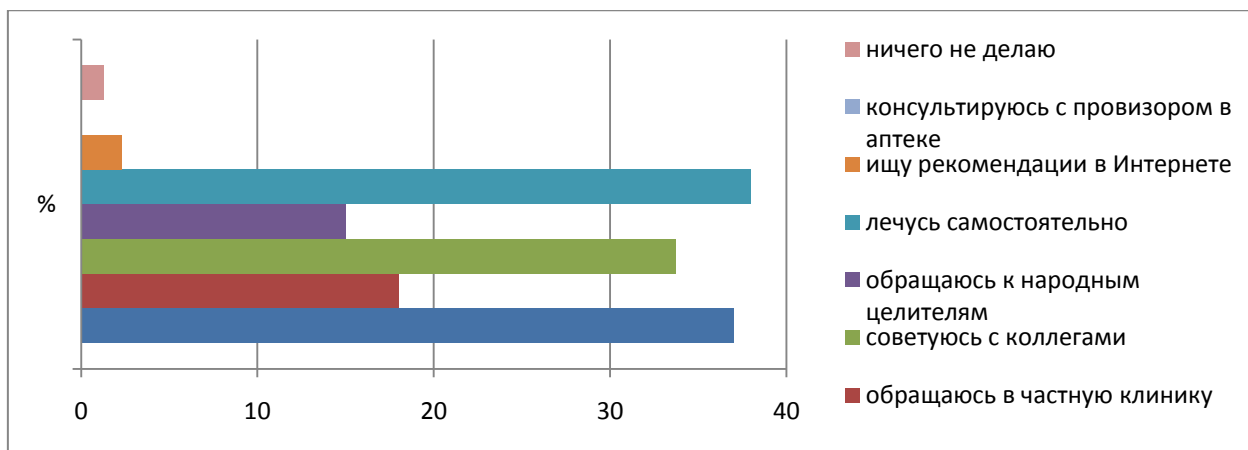


Рис. 20 Методы лечения, предпочитаемые респондентами

Отличие установок врачей акушеров-гинекологов в вопросе о характере медицинской помощи в случае болезни от того, что они рекомендуют пациентам, объясняется, разумеется, определенной профессиональной деформацией и некоторыми позициями корпоративной этики, но оставляет возможность для возникновения недоверия к врачу у пациента. Разумеется, в акушерско-гинекологической практике принципиальным является совпадение личных норм поведения врача и рекомендаций для пациентов в сфере сохранения женского здоровья. Поэтому мы спросили респондентов – женщин о том, предохраняются ли они от нежелательной беременности и, если да, то каким способом. Всего на вопрос ответили 80,3% респондентов. Ответы распределились следующим образом (рис. 21)

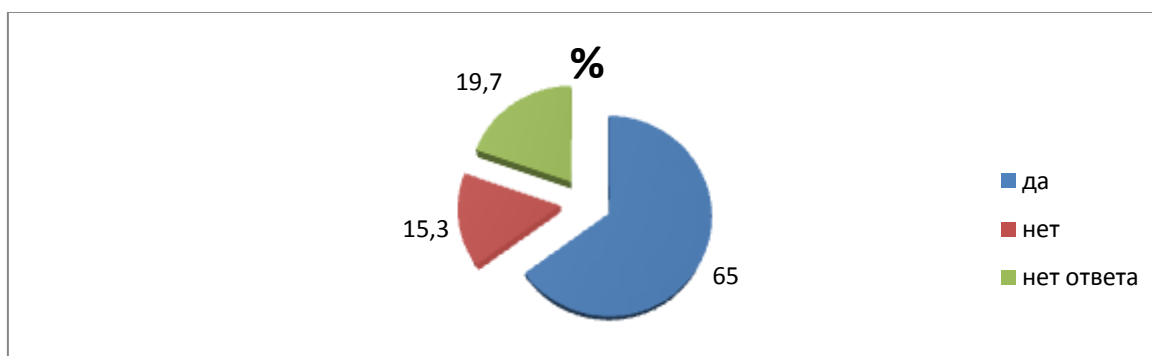


Рис. 21 Распространенность предохранения от нежелательной беременности среди врачей акушеров-гинекологов

Что же касается способов контрацепции, то акушеры – гинекологи выбирают следующие (таблица 21).

Таблица 21

Ответы на вопрос «Какой метод контрацепции Вы используете?»

а) КОК	34.7
б) чистые прогестиновые контрацептивы	0.3
в) ВМС	5
г) ВМС с левоноргестрелом	3
е) экстренную контрацепцию	2
д)презерватив	14
е) прерванный половой акт и воздержание в фертильный период	8.7
ж) химические методы	0.7

Как видим, врачи предпочитают КОК (34,7%) в подавляющем большинстве случаев, на втором месте со значительным отрывом идет использование презервативов (14%), а на третьем, как ни странно, прерванный половой акт и воздержание в фертильный период (8,7%) – как раз то, что не рекомендуют своим пациенткам гинекологи (рис. 22).

Для того, чтобы проверить достоверность информации, которую предоставили респонденты по предыдущим вопросам, мы задали три проверочных вопроса, не связанные по контенту с предыдущими, но позволяющие выяснить, действительно ли врачи уделяют своему здоровью то внимание, о котором говорят, и не связано ли пристрастие к самолечению с объективными, а не субъективными факторами.

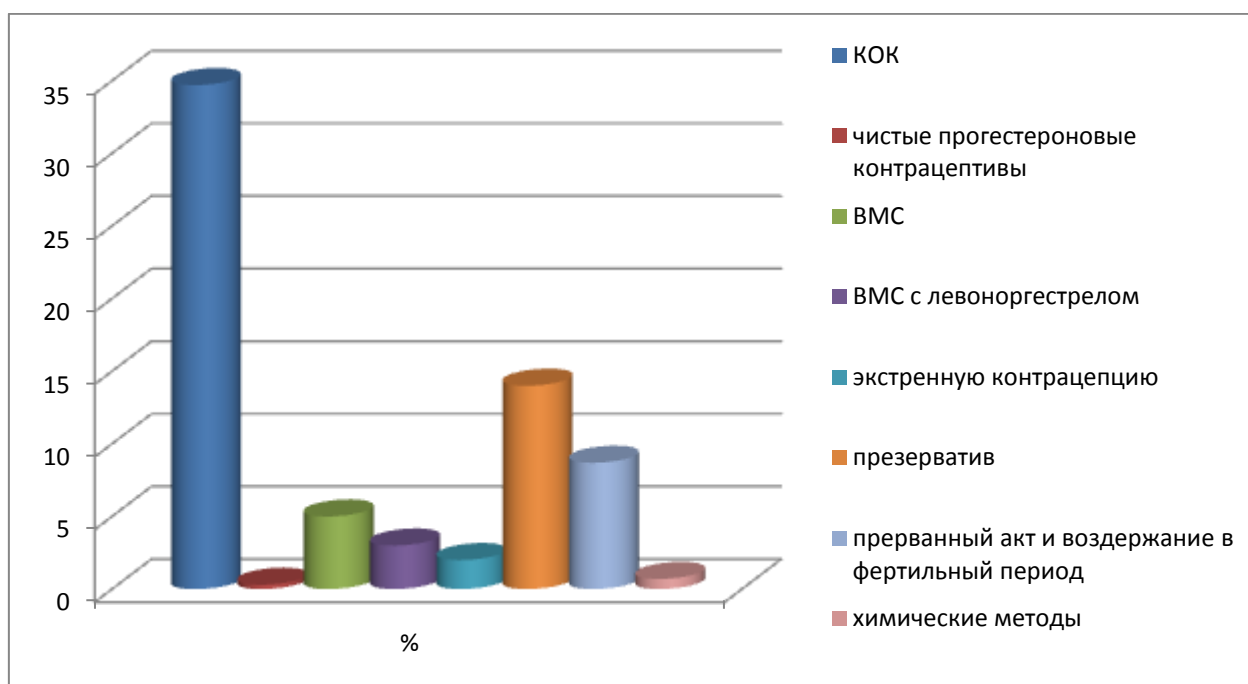


Рис. 22 Средства предохранения от нежелательной беременности, которые врачи выбирают для себя

В первом случае у респондентов заинтересовались частотой их визитов к стоматологу (таблица 22) и критериями выбора продуктов питания (таблица 23). Этот вопрос позволяет определить установку на профилактику и соблюдение норм здорового образа жизни, которая подтверждает или опровергает ориентацию на заботу о своем здоровье.

Таблица 22

Ответы на вопрос «Как часто вы ходите на осмотр к стоматологу?»

а)Профилактически 1 раз в 6 мес.;	17
б)1 раз в год;	47,3
в)Реже 1 раза в год;	11
г)Только с острой болью;	8,3
д) Только по необходимости	16,3
е)Другое	0,7

Как видим, почти половина опрошенных врачей (47,3) демонстрирует истинность своей установки на умеренную заботу о здоровье, но 36,3% принципов профилактической медицины не разделяют. (рис. 23).

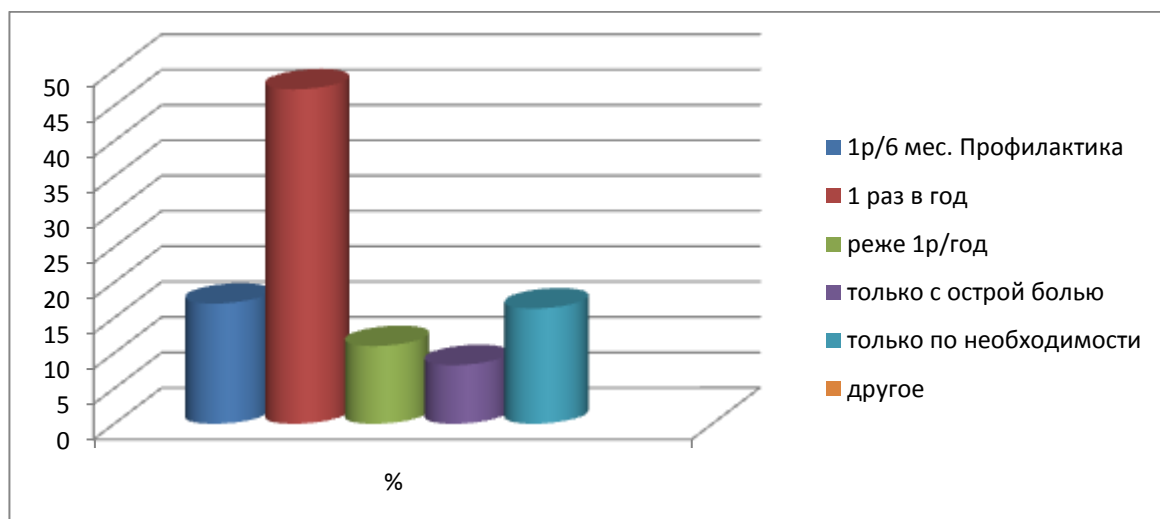


Рис. 23 Установки врачей на профилактику своего здоровья: визиты к стоматологу

Интересно, что среди 16,3% респондентов, признавших, что посещают стоматолога только по необходимости, оказались все врачи-мужчины в выборке. Что касается возраста респондентов, то по этому критерию ответы распределились достаточно равномерно.

Ориентация на здоровье в выборе продуктов питания выражена достаточно сильно, что подтверждает установки на здоровый образ жизни, но все же не занимает первое место в рейтинге предпочтений респондентов .

Таблица 23

Ответы на вопрос «Чем Вы руководствуетесь при выборе продуктов питания в первую очередь?»

а) Пользой для здоровья;	64.3
б) Привычкой;	15
в) Вкусовыми качествами;	68.3
г) Рекламой продукции;	0.3
д) Лёгкостью приготовления;	19.3
е) Стоимостью;	14
ж) Качеством товара;	72.7
з) Другое	0.7

При выборе продуктов питания врачи руководствуются, прежде всего, качеством товара (72,7%), его вкусовыми качествами (68,3%) и только потом – пользой для здоровья (64,3%). Хотя трудно отрицать, что все эти критерии имеют внутреннюю связь между собой (рис. 24).

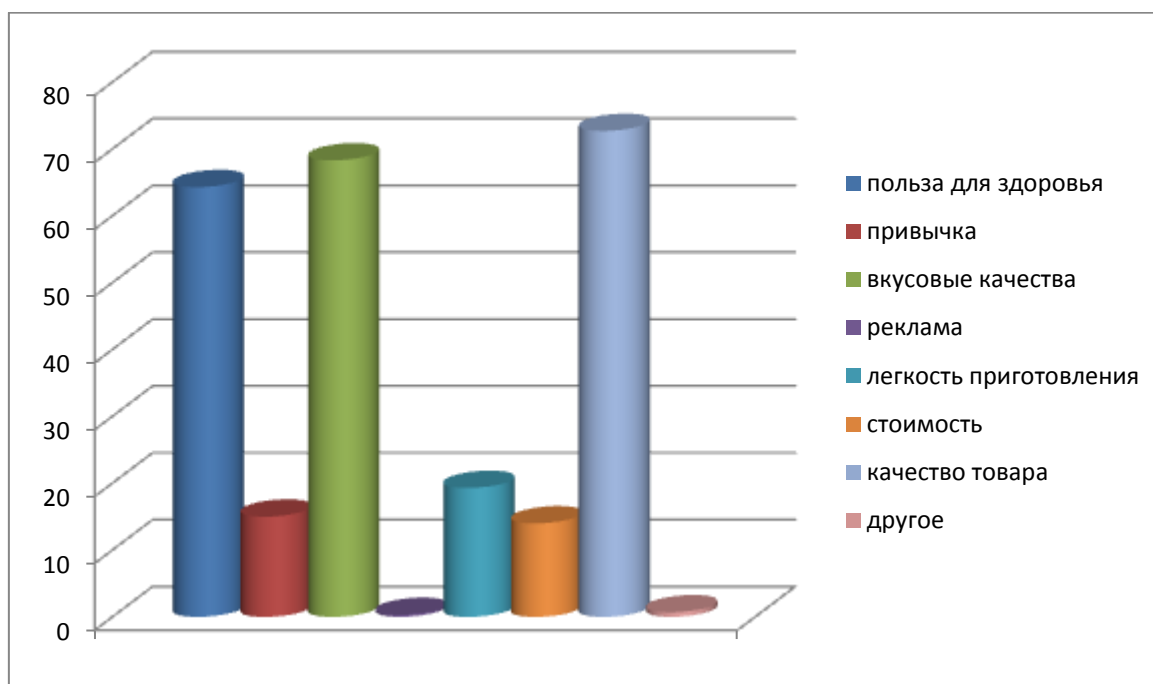


Рис. 24 Установки врачей на профилактику своего здоровья: выбор продуктов питания

Реальную ситуацию в плане потребления медицинской помощи мы проверили контрольным вопросом «Приходится ли Вам отказываться от необходимых медицинских услуг или лекарств из-за недостатка денег?». Оказалось, что для врачей существуют те же трудности, что и для пациентов (таблица 24).

Таблица 24

Ответы на вопрос «Приходится ли Вам отказываться от необходимых медицинских услуг или лекарств из-за недостатка денег?»

а) Да;	20,3
б) Нет	37
в) Иногда	28,3
г) Очень редко	11,3
д) затрудняюсь ответить	4

Только 37% респондентов никогда не испытывали трудностей в приобретении лекарств или медицинских услуг, еще 11,3% испытывали такие трудности редко, а вот 48,6% сталкиваются с ними достаточно регулярно (рис. 25).

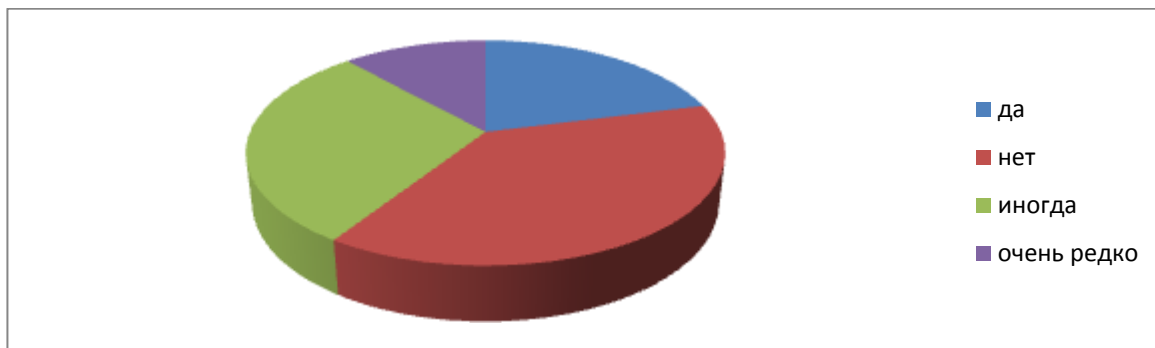


Рис. 25 Трудности, испытываемые врачами, в приобретении лекарств и медицинских услуг

Другими словами, респонденты четко разделились на две равные группы – по 48% с небольшим в каждой. Одни всегда имеют возможность получать лечение в необходимом объеме, для других она бывает ограничена объективными (прежде всего, материальными) причинами. Об этих причинах мы уже говорили, когда характеризовали материальное положение врачей акушеров-гинекологов. Отметим, что в группе тех, кто сталкивался с материальной проблемой приобретения лекарственных препаратов оказались не только молодые врачи, но и врачи со стажем более 10 лет, имеющие

высшую категорию. Поэтому проблема есть и она требует специального рассмотрения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что отклонение от рекомендуемой нормы заботы о здоровье, а именно – *приоритет самолечения, для врачей акушеров-гинекологов имеет причинами а) профессиональные особенности группы медицинских работников, которые обладают, в отличие от пациентов, необходимыми знаниями для самолечения и б) материальное положение врачей акушеров-гинекологов, которое не позволяет им полностью удовлетворять свои потребности в приобретении лекарственных препаратов.*

Приверженность врачей акушеров-гинекологов здоровому образу жизни можно было бы рассматривать как профилактику заболеваний. Но для наших респондентов это еще и модель поведения, которую необходимо пропагандировать пациенткам. Поэтому мы специально рассмотрели диспозиции врачебного сообщества в данном вопросе (таблица 25)

Таблица 25

Ответы на вопрос «Какой основной смысл Вы вкладываете в понятие «здоровый образ жизни»?»

а) Правильное сочетание труда и отдыха;	78,7
б) Рациональное питание;	84,3
в) Достаточный и здоровый сон;	87
г) Занятия физкультурой, спортом, закаливание;	73
д) Регулярный отдых в отпуске;	41
е) Пребывание на свежем воздухе, на природе;	46
ж) Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем и др.);	74
з) Своевременное обращение в медучреждения для предупреждения заболеваний;	33
и) Соблюдение личной гигиены;	42,3
к) Регулярный и безопасный секс;	28,7
л) Доброжелательные отношения в семье, с коллегами по работе;	45
м) Культурное проведение досуга, духовное развитие;	22
н) другое, укажите сами _____	2
о) Затрудняюсь ответить	0,3

Оказалось, что выше всего врачи акушеры-гинекологи ценят здоровый сон (87%), на втором месте среди приоритетов – рациональное питание (84,3%). Область пересечения двух этих множеств, содержащих ответы

респондентов, самая большая – 48%. Занятия физической культурой и спортом, а также закаливание также набрали большой процент голосов (73%), но среди приоритетов респондентов заняли только пятое место. Интересно, что в выборе данного варианта ответа не было существенных различий по возрасту и/или стажу работы респондентов.

Можно сделать вывод о том, что в понятие «здоровый образ жизни» врачи акушеры-гинекологи вкладывают особый смысл – они говорят о том, чего им лично очень не хватает: режима сна, режима питания, сбалансированности труда и отдыха (78,7%). Но существует ли корреляция такого контента с тем, чем необходимо руководствоваться пациентам?

Врачи не проявили особую осведомленность в установках пациенток – на вопрос о том, интересуются ли они вопросами здорового образа жизни, ответили только 5,3% опрошенных акушеров-гинекологов (таблица 26).

Таблица 26

Ответы на вопрос «Интересуются ли Ваши пациентки вопросами здорового образа жизни?»

а) Очень интересуются;	1,3
б) Скорее интересуются, чем нет;	2,7
в) Скорее не интересуются;	0,3
г) Совсем не интересуются;	0
д) Затрудняюсь ответить	1

Несмотря на то, что такой процент ответов нельзя считать достоверным, их распределение все же можно рассмотреть (рис. 26) и предположить, что врачи склонны признать некоторую заинтересованность пациенток в проблеме здорового образа жизни.

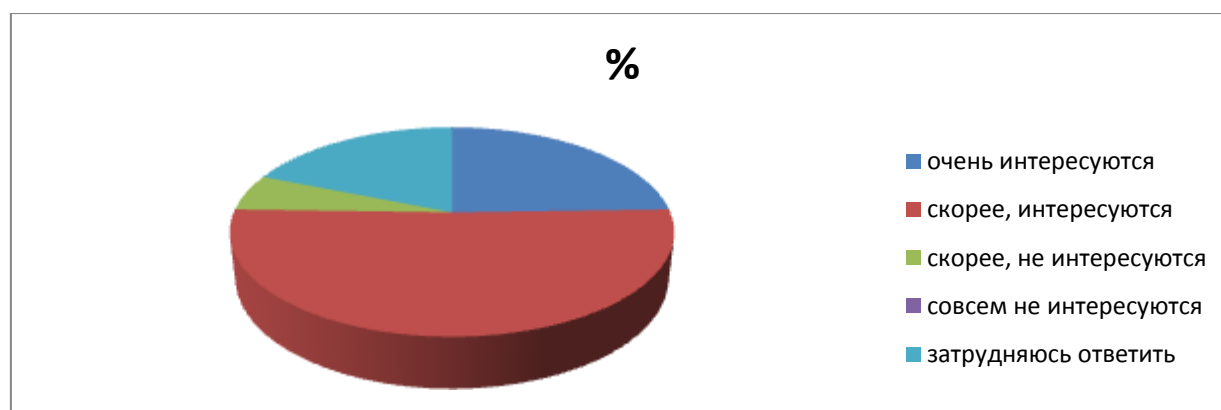


Рис. 26 Мнение врачей о заинтересованности пациенток в здоровом образе жизни

Что же касается характера представлений пациенток о понятии «здоровый образ жизни», то здесь наши респонденты также не проявили необходимой степени информированности (таблица 27).

Таблица 27

Ответы на вопрос «Какой смысл, по Вашему мнению, Ваши пациентки вкладывают в понятие «здоровый образ жизни»?»

а) Правильное сочетание труда и отдыха;	1,37
б) Рациональное питание;	3,73
в) Достаточный и здоровый сон;	0,7
г) Занятия физкультурой, спортом, закаливание;	4,3
д) Регулярный отдых в отпуске;	0,7
е) Пребывание на свежем воздухе, на природе;	1,3
ж) Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем и др.);	3,7
з) Своевременное обращение в медучреждения для предупреждения заболеваний;	2,7
и) Соблюдение личной гигиены;	0,7
к) Регулярный и безопасный секс;	0,7
л) Доброжелательные отношения в семье, с коллегами по работе;	0,7
м) Культурное проведение досуга, духовное развитие;	0
н) другое (укажите сами)	0
о) Затрудняюсь ответить	0

Хотя расстановка приоритетов получилась иная, чем у самих врачей – на первом месте оказались занятия физкультурой и спортом (4,3%), а здоровый сон разделил 7 – 11 места с регулярным отдыхом, соблюдением личной гигиены, регулярным безопасным сексом и нормальным психологическим климатом в семье и в коллективе. Интересно, что эти варианты выбрали одни и те же респонденты. Можно сказать, что врачи акушеры-гинекологи имеют смутное представление о приоритетах здорового образа жизни своих пациенток, но представляют, какими они должны быть.

Мы попытались сравнить представления о здоровом образе жизни самих врачей и их рефлексии приоритетов пациенток в этом вопросе (мнение пациенток также выяснялось, и будет обсуждаться в другом разделе работы). На диаграмме (рис. 27) отчетливо видно, насколько плохо врачи представляют себе установки пациентов и насколько отличаются приоритеты даже в этих представлениях.

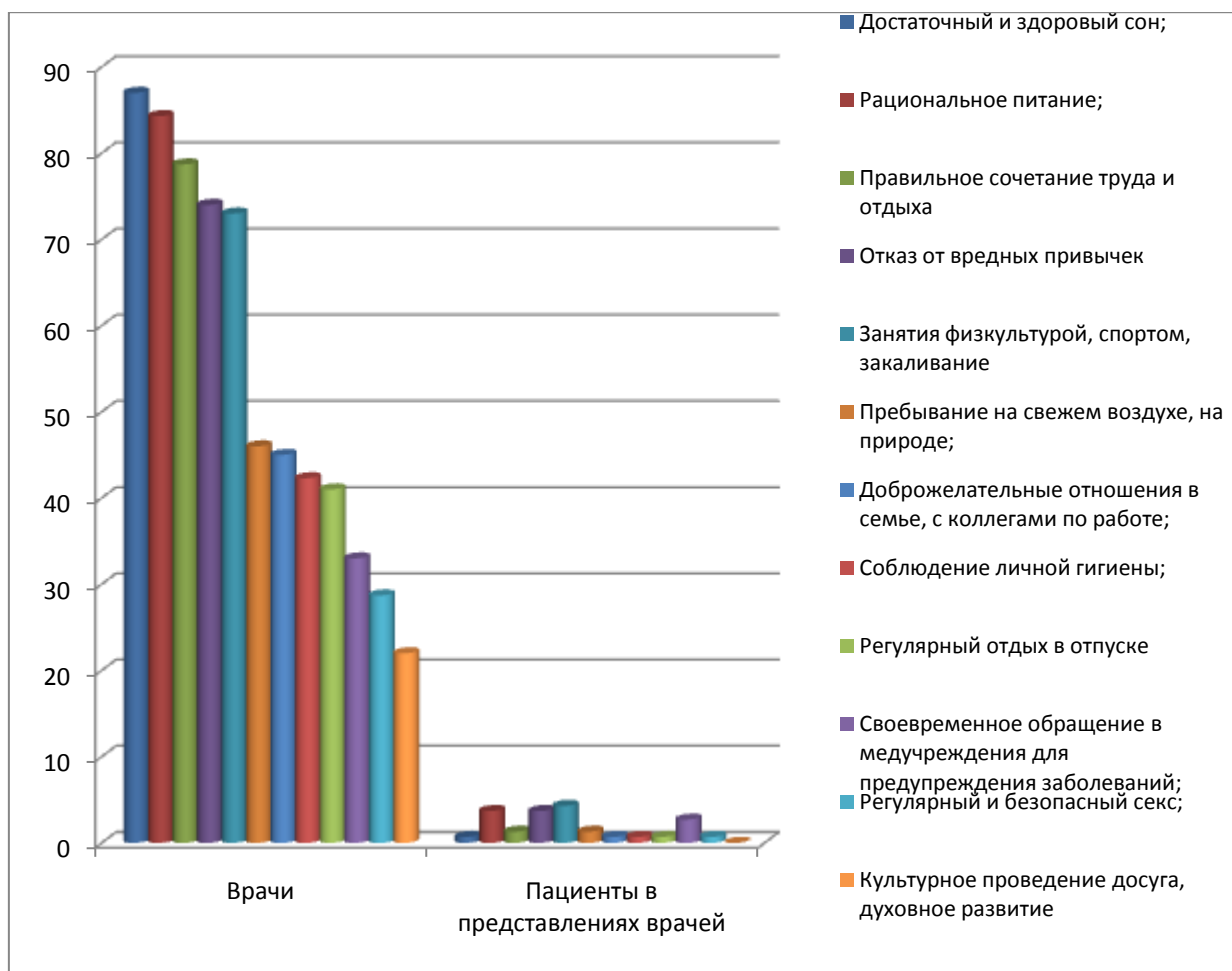


Рис. 27 Компарация мнений врачей о здоровом образе жизни – своем и пациентов

Сами респонденты полагают, что ведут здоровый образ жизни – 66% положительных ответов и 26,4% отрицательных (таблица 28).

Таблица 28

Ответы на вопрос «Можете ли Вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?»

а) Да;	20,7
б) Скорее да, чем нет;	45,3
в) Скорее нет, чем да;	22,7

г) Нет;	3,7
д) Затрудняюсь ответить	1,3

Хотя основная масса не уверены в своих утверждениях – сомневающихся 68%, а несомневающихся – 24,4%. Правда, здесь больше тех, кто не сомневается в своей приверженности здоровому образу жизни – 20,7%(рис.28).

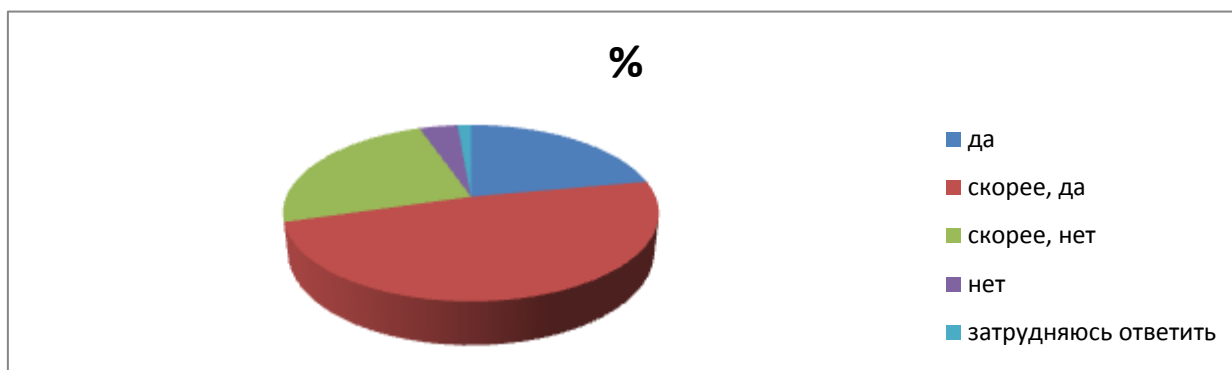


Рис. 28 Мнение респондентов о своей приверженности здоровому образу жизни

Проверочным вопросом для определения достоверности высказываний о здоровом образе жизни стал вопрос о том, как реализуют на практике наши респонденты свои установки (таблица 29).

Таблица 29

Ответы на вопрос: «Если Вы стремитесь к здоровому образу жизни, в чем это проявляется?»

Варианты ответов	%
а) Отдыхаю в выходные и праздничные дни;	37.3
б) Регулярно прохожу профилактические медосмотры;	18.3
в) Гуляю на свежем воздухе в будничные дни;	39.3
г) Правильно питаюсь;	42
д) Соблюдаю личную гигиену;	70.3
е) закаляюсь;	8.3
ж) Соблюдаю режим дня;	14.7
з) Посещаю сауну (русскую или иную баню);	10.3
и) Избегаю вредных привычек, стараюсь от них избавиться;	49.7
к) Принимаю витамины, лекарства, использую народную медицину;	15.7
л) Занимаюсь физкультурой, спортом или йогой, аэробикой;	33.3
м) Отдыхаю в пансионатах, санаториях, в туристических поездках и др.;	13.3
н)Посещаю культурные учреждения (театры, музеи и т.д.);	17.7
о)Избегаю конфликтных ситуаций;	30.3
п) Другое, укажите сами	0.7

Интерпретация полученных данных включала латентное условие – респонденты отмечали то, что могли себе позволить. Именно с этих позиций

мы и трактовали их ответы. Оказалось, что легче всего в приверженности здоровому образу жизни соблюдать личную гигиену и отказаться от вредных привычек. Правда, как показало исследование, среди акушеров-гинекологов люди с вредными привычками встречаются весьма редко, так что ответ на вопрос можно было бы переформулировать: «Не приобретать вредных привычек». В целом же врачи стараются соответствовать своим представлениям о здоровом образе жизни, хотя и не имеют возможности реализовать их полностью – так, только 14,7% респондентов ухитряются соблюдать режим дня.

В своих установках на здоровый образ жизни врачи акушеры-гинекологи руководствуются, реже всего, соображениями эстетическими (63,3%), что не удивительно для выборки, состоящей почти из одних женщин (таблица 30).

Таблица 30

Ответы на вопрос «Если Вы ведете здоровый образ жизни, что Вас к этому побуждает?»

Варианты ответов	%
а) Необходимость поддерживать работоспособность;	51
б) Необходимость укреплять не очень хорошее здоровье;	21.3
в) Желание хорошо выглядеть;	63.3
г) Желание быть культурным человеком;	22.7
д) Привычка;	11.3
е) Делаю это за компанию с близкими людьми, друзьями;	7.7
ж) Служебная необходимость;	6.7
з) Желание сохранять здоровье и прожить долгую жизнь;	54.7
и) Получаю поощрения на работе;	0
к) другое, <i>укажите сами</i>	0

Естественное человеческое желание прожить долгую здоровую жизнь занимает второе место (54,7%), а вот необходимость поддерживать работоспособность – на третьем месте (51%). Корреляционный анализ данных позволил выяснить, что эстетические потребности выражают, в основном, врачи среднего возраста со стажем работы более 5-ти лет, о долгой

жизни беспокоится, в основном, молодежь, а о работоспособности – врачи со стажем и высокой категорией.

Среди факторов, которые мешают врачам заниматься собственным здоровьем, они сами отмечают, прежде всего, нехватку времени (44,7%) и загруженность на работе (42,3%). Естественно с этим связана усталость (33,7%), а у врачей-женщин, которых в выборке было большинство, еще и загруженность домашними делами (25,3%) (таблица 31).

Таблица 31

Ответы на вопрос «Если Вы не ведете здоровый образ жизни, что мешает Вам это делать?»

Варианты ответов	%
а) Большая нагрузка на работе;	42.3
б) Много домашних дел;	25.3
в) Усталость;	33.7
г) Лень;	15.7
д) Тип (черты) характера;	1
е) Нехватка времени;	44.7
ж) Плохие условия жилья;	0,7
з) Отсутствие убеждения, нужных знаний, информации	0
и) Нехватка денег;	13
к) Вредные привычки;	3,7
л) Отсутствие возможностей заниматься физкультурой, спортом;	4
м) Нет необходимости;	0
н) Другое, укажите сами	1,3
о) Затрудняюсь ответить	0,7

Одни и те же респонденты отметили по три позиции – рабочую нагрузку, нехватку времени и, либо усталость, либо обремененность домашними делами. Это, в основном, представители группы врачей со стажем более 10 лет, также в данной группе представлены несколько человек со стажем менее 5 лет, что удивительно, т.к. такой малый срок работы вряд ли позволяет накопиться усталости, мешающей вести здоровый образ жизни.

Проверочным вопросом при выяснении отношения к здоровому образу жизни стал вопрос о свободном времени, ответы на который должны были

подтвердить или поставить под сомнение утверждение респондентов о своем здоровьесберегающем поведении (таблица 32).

Таблица 32

Ответы на вопрос «Как обычно Вы проводите свое свободное время?»

Варианты ответов	%
а) Занимаюсь физической культурой, спортом;	24.7
б) Что-нибудь делаю на даче (приусадебном участке);	26.3
в)Отсыпаюсь;	51.7
г)Стараюсь ничего не делать;	7
д)Расслабляюсь;	23
е)Смотрю телепередачи, видеофильмы, слушаю музыку;	30.7
ж)Посещаю зрелищные мероприятия, хожу в кино;	29.3
з) Посещаю музеи, театры;	7
и) Читаю книги, журналы, газеты;	41
к)Провожу время за компьютером;	19
л)Занимаюсь любимым делом (коллекционированием, рисованием, фото и т.д.);	15.3
м) Общаюсь с родственниками	49.3
н) Общаюсь с друзьями	34
о)Другой вид отдыха, <i>укажите сами</i>	0.7

Ответы респондентов соответствовали их представлениям о бережном отношении к здоровью, но не совсем соответствовали тем образцам здорового образа жизни, которые, по их утверждению, они практиковали. Отсюда можно сделать вывод, что *врачи акушеры-гинекологи имеют адекватное представление о здоровом образе жизни, но не могут сами его практиковать в силу объективных причин, обусловленных характером труда.*

Мы попытались получить совокупную оценку респондентами места здоровья в системе личных ценностей (таблица 33).

Таблица 33

Ответы на вопрос «Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале важность для Вас следующих жизненных ориентиров (от 1 – «совсем не важно» до 5 – «очень важно»))»

	Жизненные ориентиры	Общий балл	Баллы (в%)				
			1	2	3	4	5
1	Материальное благополучие	422	2	4	4,7	22	62

2	Хорошая семья	457,4	2,7	2,7	0	2,7	87,7
3	Дети	471,6	1,3	2	1,3	3,7	87,3
4	Крепкое здоровье	443,4	1,3	2,3	5	11	75,7
5	Интересная работа	446,1	1,3	2,7	3,3	22	68,3
6	Высокий уровень образования	446,3	1	2,3	5	19,7	69,3
7	Духовное развитие	439,3	1	1	6	25,7	63,3

Оказалось, что по числу высших оценок крепкое здоровье занимает третье место после таких ценностей как семья и дети. Это соотношение отчетливо видно на диаграмме (рис. 29).

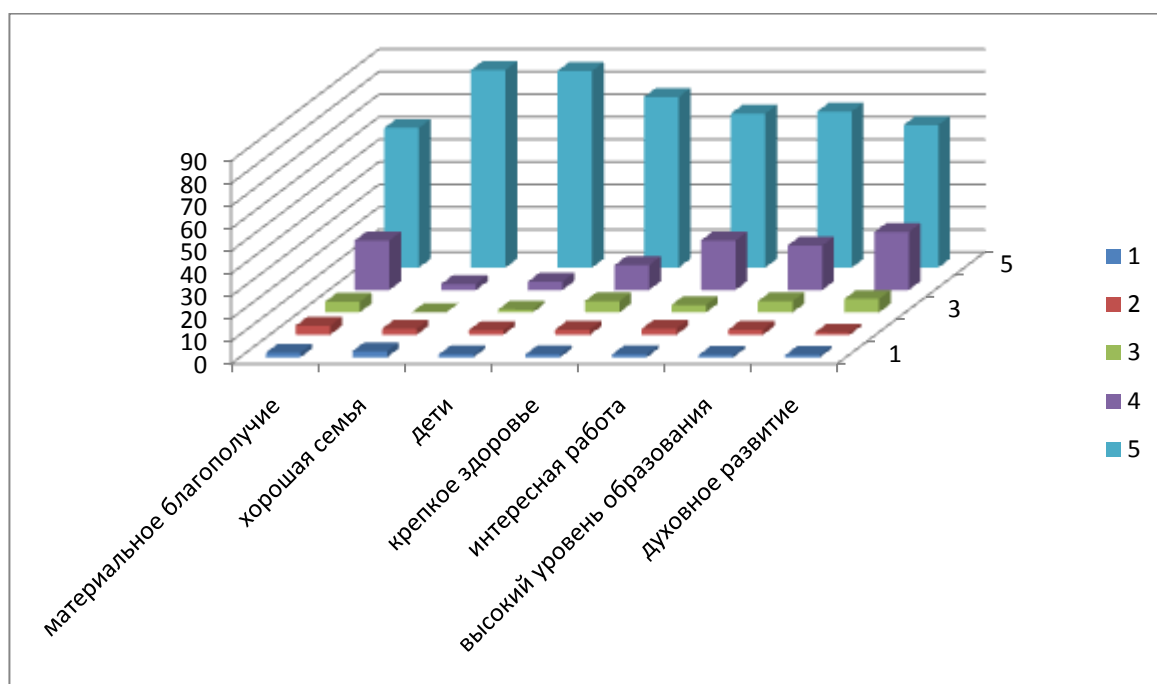


Рис. 29 Распределение ценностных приоритетов в жизни врачей акушеров-гинекологов

По числу низших оценок крепкое здоровье где-то в середине, наравне с интересной работой. А вот обобщенные оценки позволяют построить следующую иерархию (рис. 30).

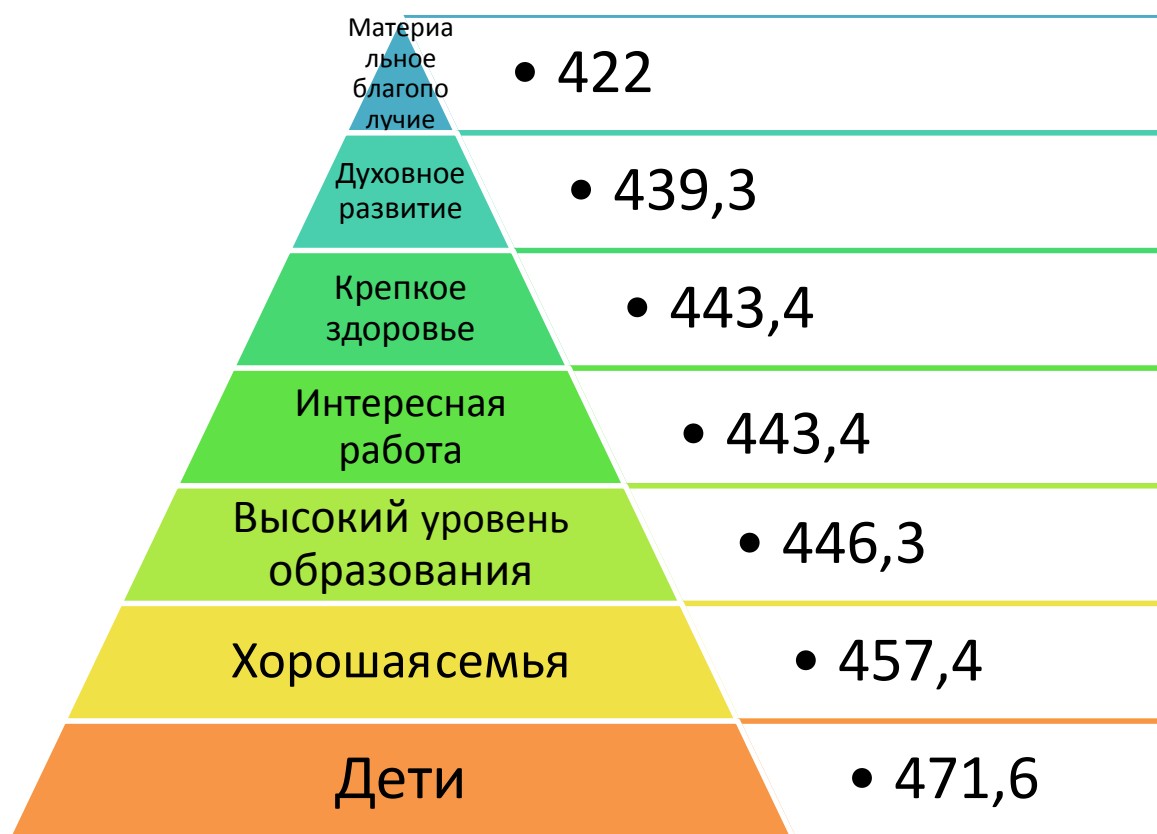


Рис. 30 Иерархия ценностей

Выводы

1. Большинство респондентов (64,7%) подтвердили прохождение диспансеризации, более трети опрошенных прошли диспансеризацию формально – сдали анализы, убедились в том, что здоровье в норме, а к специалистам так и не пошли (34,7%). *Врач, формально относящийся к своим обязанностям по охране собственного здоровья, не имеет морального права давать необходимые рекомендации пациентам по вопросам профилактики и диспансеризации.*

2. Врачи с наибольшим стажем работы отметили наличие у себя заболеваний опорно-двигательного аппарата (6%), они же признали склонность к простудным заболеваниям и, частично (половина из этой группы) – к сердечно-сосудистым. Отмечен высокий процент жалоб на бронхо-легочные заболевания (27,7%) и заболевания органов зрения (20,7), причем, в основном, среди молодых врачей со стажем работы до 10 лет. В отличие от распространенности заболеваний нервной системы (19,%), здесь

никакой связи с профессией не просматривается, можно предположить здесь общепопуляционную тенденцию. В целом же простудные заболевания занимают первое место по распространенности среди врачей акушеров-гинекологов, что характерно для населения вообще.

3. В вопросах борьбы с болезнью поведение врачей акушеров-гинекологов значительно отличается от того, что они советуют своим пациентам. Полученные данные позволяют говорить об устойчивости приоритетов в данном вопросе – в случае болезни врачи доверяют, в первую очередь, себе, во вторую – медицинским работникам госучреждения, в третью – своим знакомым врачам, в четвертую – частным клиникам (18%), в пятую – нетрадиционной медицине (15%).

4. Почти половина опрошенных врачей (47,3) демонстрирует истинность своей установки на умеренную заботу о здоровье, но 36,3% принципов профилактической медицины не разделяют. Отличие установок врачей акушеров-гинекологов в вопросе о характере медицинской помощи в случае болезни от того, что они рекомендуют пациентам, объясняется определенной профессиональной деформацией и некоторыми позициями корпоративной этики, но оставляет возможность для возникновения недоверия к врачу у пациента.

5. При выборе методов контрацепции врачи предпочитают КОК (34,7%) в подавляющем большинстве случаев, на втором месте со значительным отрывом идет использование презервативов (14%), а на третьем, как ни странно, прерванный половой акт и воздержание в фертильный период (8,7%) – как раз то, что не рекомендуют своим пациенткам гинекологи.

6. Только 37% респондентов никогда не испытывали трудностей в приобретении лекарств или медицинских услуг, еще 11,3% испытывали такие трудности редко, а вот 48,6% сталкиваются с ними достаточно регулярно. Только 14,7% респондентов ухитряются соблюдать режим дня. Среди факторов, которые мешают врачам заниматься собственным

здоровьем, они сами отмечают, прежде всего, нехватку времени (44,7%) и загруженность на работе (42,3%). Естественно с этим связана усталость (33,7%), а у врачей-женщин, которых в выборке было большинство, еще и загруженность домашними делами (25,3%).

7. Врачи не проявили особую осведомленность в установках пациенток – на вопрос о том, интересуются ли их пациентки вопросами здорового образа жизни, ответили только 5,3% опрошенных акушеров-гинекологов. Сами врачи полагают, что ведут здоровый образ жизни – 66% положительных ответов и 26,4% отрицательных. В понятие «здоровый образ жизни» они вкладывают особый смысл – говорят о том, чего им лично очень не хватает: режима сна, режима питания, сбалансированности труда и отдыха (78,7%).

8. Отклонение от рекомендуемой нормы заботы о здоровье, а именно – приоритет самолечения над профилактикой, для врачей акушеров-гинекологов имеет причинами а) профессиональные особенности группы медицинских работников, которые обладают, в отличие от пациентов, необходимыми знаниями для самолечения и б) материальное положение врачей акушеров-гинекологов, которое не позволяет им полностью удовлетворять свои потребности в качественном медицинском обслуживании.

3.4. Социальные диспозиции врачей акушеров-гинекологов и пациенток в отношении к профилактике: сходство и отличия

Эффективность взаимодействия акушеров-гинекологов и пациенток в профилактике гинекологических заболеваний зависит не только и не столько от качества выполнения врачами своей профессиональной роли, но и от того, насколько адекватно понимают эту роль пациентки, равно как и от того, насколько представления врачей о них соответствуют действительности. Данный вопрос до сих пор не изучался. В контексте биоэтики и

медицинского права существуют исследования отношений врача и пациента в нормативном поле медицины, но проблема комплементарности их социальных ролей не рассматривается. Некоторые интересные выводы по этому вопросу можно найти в исследованиях по клинической психологии, но здесь также взаимодополняемость социальных ролей остается без внимания, так как выходит за пределы предмета данной науки. Социология медицины позволяет провести компаративный анализ отношений пациентов и врачей акушеров-гинекологов к общим ценностям и разработать рекомендации по их оптимизации.

Мы уже указывали, что врачи часто отмечают низкую культуру потребления акушерско-гинекологических услуг пациентками. Основные претензии касаются нерегулярности посещений врача и некомплаентности пациенток. Больше всего вреда при этом наносится именно профилактическому направлению. Для того, чтобы выяснить отношение пациенток к этой проблеме, был проведен опрос 500 женщин, обратившихся в смотровой кабинет, женскую консультацию и взрослую поликлинику МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1». Характеристика респондентов представлена в главе второй данной работы. Ответы на некоторые вопросы были сопоставлены с результатами анкетирования врачей акушеров-гинекологов. Первым вопросом, который мы выясняли, был вопрос о регулярности посещения женщинами врача – гинеколога. Сами врачи очень неохотно отвечали на этот вопрос, впрочем, как и на все вопросы, где требовалось дать оценку поведения пациенток. Здесь может быть две причины: 1) врачи этими вопросами не интересуются и 2) врачи считают неэтичным их обсуждать. Второе соображение высказывалось в ходе интервью, когда был задан прямой вопрос о причине низкой активности врачей при обсуждении позиций пациенток в вопросе охраны репродуктивного здоровья. Но нам представляется, что первая причина более вероятна – ведь в исследованиях, касающихся взаимоотношений врача и пациента, о которых мы упоминали в главе первой данной работы,

респонденты-врачи очень активно оценивали статус пациента, особенно в стоматологической практике, в педиатрии и хирургии³⁸. Да и сами акушеры-гинекологи не постеснялись указать некомплаентность пациенток как одну из существенных трудностей работы акушерско-гинекологической службы, о чем мы говорили в первом параграфе третьей главы исследования. Во всяком случае, только 5,6% респондентов-врачей ответили на наш вопрос о регулярности обращений пациенток к врачам-гинекологам (таблица 34). При этом большинство (4%) считает такие посещения регулярными. Вряд ли эти ответы можно признать достоверными, но мы приводим их в качестве иллюстрации заинтересованности врачей в отношении к ним пациенток. Вернее, незаинтересованности.

Таблица 34

Ответы врачей на вопрос «Как часто в основном обращаются на прием пациентки к акушерам-гинекологам»

а) регулярно 1 раз в год;	2.7
б) регулярно 1 раз в 2 года;	1.3
в) реже 1 раза в 2 года;	0
г) чаще 1 раза в год, но только в связи с имеющимися заболеваниями;	1.3
д) только в связи с жалобами	0.3

Что касается самих пациенток, то из 500 опрошенных нами женщин регулярно посещают врача 116 23,2%, а 141 28,2% признались, что делают это лишь при наличии жалоб. В целом распределение ответов (а ответили все) выглядит так (рис. 31). Как видим, врачи плохо владеют информацией по этому вопросу или не хотят ею делиться.

³⁸ См. исследования Д.В.Михальченко, И.В.Фирсовой, Е.С.Соломатиной, О.К.Каплунова, О.Н.Карымова, указанные в списке литературы данной диссертации.



Рис. 31 Распределение ответов на вопрос о регулярности посещений врача акушера-гинеколога

Длительное господство патерналистской модели врачевания в отечественной медицине создало установку на личную ответственность врачей за все, что происходит с их пациентами, поэтому нерегулярность посещений они также подсознательно считают своей виной. Возможно, поэтому не дают достоверного ответа на поставленный вопрос.

Однако врачи не сомневаются в том, что пациентки положительно оценивают их работу. Что же касается пациенток, то они тоже, в основном, довольны, но большинство удовлетворены лишь частично (рис. 32).

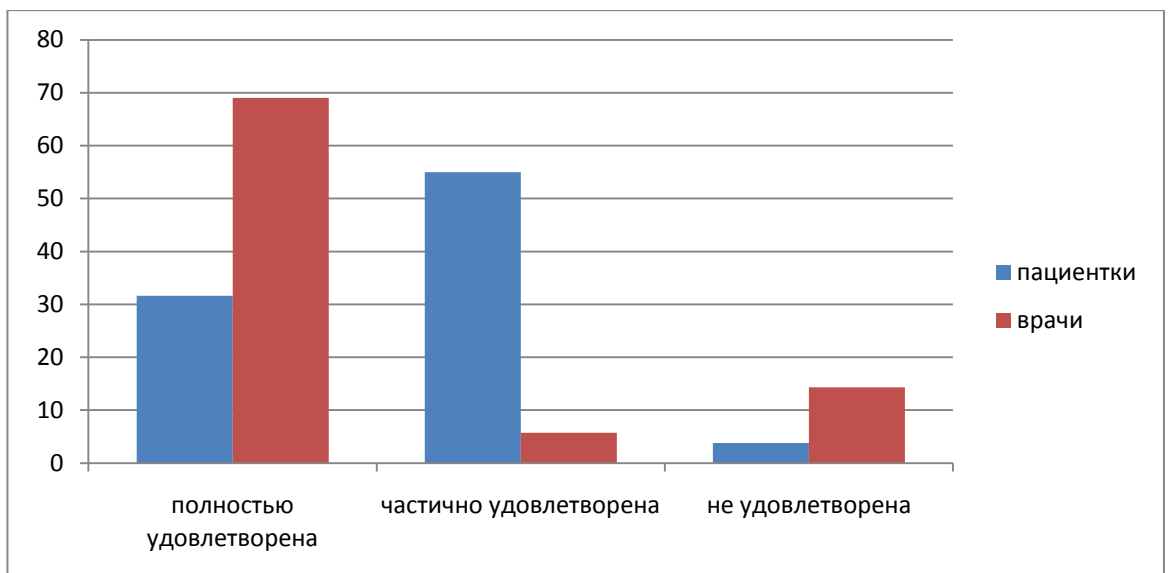


Рис. 32 Мнение врачей и пациенток об удовлетворенности последних работой врачей акушеров-гинекологов

В ответах врачей больше прямо противоположных оценок – больше положительных и больше отрицательных, а у пациенток больше промежуточных, хотя и с положительной направленностью. Врачи, в целом,

более критичны – 74,7% положительных оценок против 86,6% у пациентов, 14,3% отрицательных оценок против 3,8% у пациентов.

Безусловно, врачам было бы полезно знать, что именно не удовлетворяет пациенток в общении с ними. И здесь главные претензии – этического и организационного характера (таблица 35).

Таблица 35

Ответы на вопрос «Что вас не удовлетворяет при обращении к гинекологу (ответьте на каждый из вопросов)»

Варианты ответов	да
1. очередь в регистратуру	26,2%
2. очередь на прием	14,2%
3. длительность ожидания записи на прием	15,8%
4. невнимательность врача	31%
5. невнимательность среднего медицинского персонала	36,2%
6. невнимательность младшего (регистратура) медицинского персонала	28,2%
7. меня недостаточно информируют	28%
8. мне сообщают слишком много ненужной информации	33,6%
9. со мной общаются недостаточно вежливо	32,6%
10 другое	22,4%
Всего	268,2%

Сразу скажем, что у пациенток организация работы медучреждения вызывает больше нареканий, чем работа врачей, младшего и среднего медицинского персонала. (рис. 33).

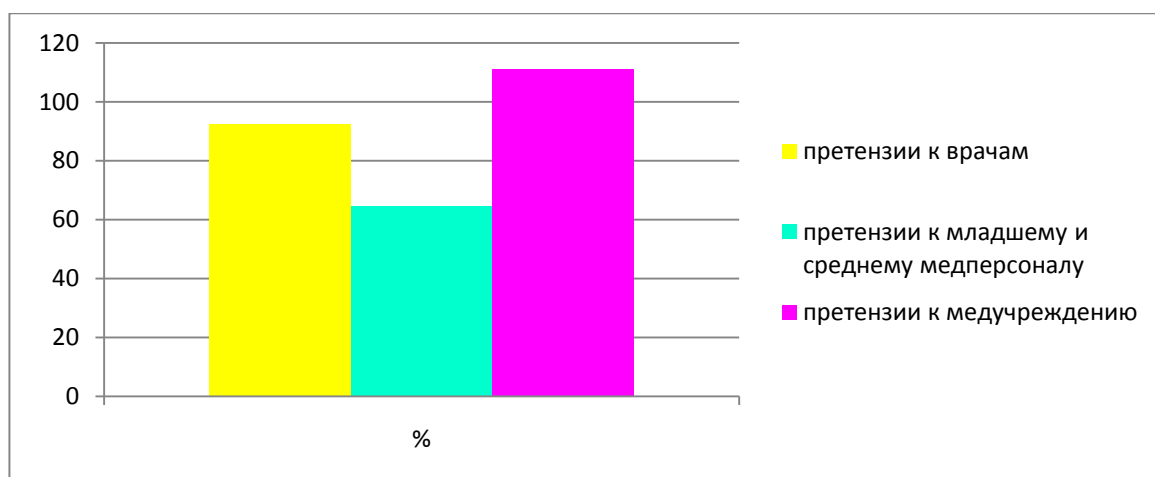


Рис. 33 Претензии пациенток к работе врачей, медперсонала и медучреждения

Главная проблема – очереди и запись на прием – не является чем-то специфичным для акушерско-гинекологической практики, это «болезнь» всего нашего здравоохранения. А вот невнимательность врача – факт,

достойный обсуждения. Вспомним, что именно называли врачи в качестве одной из основных трудностей в своей работе (см. §3.1 данного исследования) – загруженность работой по оформлению медицинской документацией. Естественно, внимание врача отвлечено от пациентки как личности, фокусировка на оформлении документов мешает увидеть человека. И это не вина врачей, а беда нерациональной организации системы страховой медицины.

Серьезным замечанием представляется отмеченная пациентками избыточность/недостаточность информации. Здесь нужно отметить, что данный вопрос хорошо представлен в монографии И.В.Фирсовой, В.В.Шкарина и Е.С.Соломатиной³⁹, поэтому позволим себе подробно на этом не останавливаться. Скажем только, что врачам акушерам-гинекологам необходимо при оформлении информированного согласия а) больше внимания уделять первой стадии данного процесса – предоставлению информации, и б) учитывать предпочтения пациентов в выборе модели взаимоотношений с врачом – на избыточность информации, как правило, жалуются приверженцы патерналистской модели, а на ее недостаток – сторонники контрактной и коллегиальной модели. Хотя сами пациентки не подозревают о своих предпочтениях, врачу крайне полезно обладать информацией о приверженности той или иной модели взаимоотношений, чтобы использовать ее для оптимизации контакта с пациенткой и повышения уровня комплаентности.

Вспомним, что около трети врачей жаловались на некомплаентность пациенток и отмечали ее как серьезное препятствие в своей работе. Пациентки же вообще отрицают факт собственной некомплаентности (таблица 36)

³⁹ Фирсова И.В., Соломатина Е.С., Шкарин В.В. Комплаентность и информированность пациентов стоматологической практики/ И.В. Фирсова Е.С., Соломатина, В.В.Шкарин . – М.: Издательская группа «Юрист». – 2014.

Таблица 36

Ответы на вопрос « Ваше отношение к врачебным рекомендациям»

1.Выполняю всегда и в полном объеме	169
2. Выполняю частично	192
3.Не выполняю	0
4. Выполняю только после того, как проконсультируюсь еще с несколькими специалистами в этой области	55

Как видим, несовпадений позиций врачей и пациенток в этом вопросе – самое серьезное из всех, которые были и будут отмечены по результатам их опросов. Но, наметив «крайние» точки сходства и отличия отношений врачей акушеров-гинекологов и пациенток друг к другу и к процессу лечения, мы были заинтересованы в поисках среднестатистического варианта этой компарации. Критерием оценки «сходство-различие» позиций врачей и пациенток для нас стало их отношение к проблеме абортов. Это объясняется как знаковым характером самой проблемы в контексте профилактического направления в акушерско-гинекологической практике, так и отсутствием единообразия в ее трактовке в мире в целом, причем, на протяжении всего времени, что существуют аборты. Интересно было сопоставить позиции врачей и пациенток по этому вопросу.

Здесь необходимо напомнить, что аборт, в настоящее время, есть результат и стиль репродуктивного поведения населения. В крупных городах России 9-13 % женщин рассчитывают на аборт как на оптимальный для себя вариант регулирования рождаемости⁴⁰. ВОЗ определяет аборт как прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона\плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы 500 граммов⁴¹. Дальнейшее уточнение термина зависит от причины аборта. Аборт может произойти самопроизвольно вследствие какого – либо заболевания - самопроизвольный аборт; аборт может

⁴⁰ Российское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация «Народонаселение и развитие». Качество оказания медицинской помощи женщинам при аборте: нерешенные вопросы. Пособие для врачей. М., 2011.

⁴¹ [Всемирная Организация Здравоохранения. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Женева, 2004.](#)

производится преднамеренно - искусственный аборт, а так же прерывания беременности может проводится в нарушении закона - криминальный аборт.

Причинами искусственного прерывания беременности традиционно считают: нежелание женщина по каким – либо мотивом сохранить беременность (социальные показания) или по рекомендации врача – при наличии медицинских показаний, когда продолжение беременности и роды угрожают здоровью и жизни женщины (например, тяжелый порок сердца, активный туберкулез легких, тяжелый токсикоз и т.д.), а также при угрозе передачи потомству тяжелых наследственных заболеваний. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняется примерно 46 миллионов искусственных абортов, что составляет 22% от числа наблюдавшихся беременностей. В настоящее время в мире причинами абортов являются следующие: 40 % по желанию женщины; 25 % по жизненным показаниям; 23 % по социальным показаниям, 12 % по медицинским показаниям.⁴²

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет иных источников, не запрещенных законодательствам Российской Федерации (ФЗ № 323). Тем самым закон гарантирует обязательность оказания медицинской помощи, причем налагаются дополнительные обязательства – помощь должна оказываться бесплатно также и при абортах. Искусственный аборт, или искусственное прерывание беременности, является непосредственным волевым действием матери, направленным на изгнание плода из своего тела механическим или иным путем.

Абортами заканчивается примерно треть беременностей. По данным Росстата, в России на 1000 женщин репродуктивного возраста (15—49 лет) приходится 29,3 аборта. Это почти в полтора раза больше, чем в Швеции, и примерно вчетверо больше, чем в Германии⁴³. Но имеет место

⁴² Там же.

⁴³ Татьяна Яковлева. Треть беременностей в России заканчивается абортами// <http://www.eg-online.ru/article/261753/>. Доступ 09.01.2015.

положительная тенденция снижения числа аборт. Количество абортов в современной России снизилось почти в четыре раза по сравнению с советским периодом, но оно ещё высоко. По данным Росстата, в 1990 г. количество абортов превышало 4 млн, а в 2012 г. составило 1,064 млн.⁴⁴

Сокращение числа абортов – основная задача акушерско-гинекологической службы, поэтому врачи проявили определенную активность при ответе на соответствующие вопросы. Но в ответах на них они исходили из двух разных посылок: примерно, две трети считали, что число абортов в регионе за последнее время сократилось, что соответствует данным, приведенным нами выше. А около одной трети считали, что не сократилось. Поэтому мы конкретизировали вопрос применительно к обслуживаемой врачом территории (таблицы 37, 38).

Таблица 37

Ответы на вопрос «Количество абортов уменьшилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?»

а) хорошая работа акушерско-гинекологической службы по планированию семьи;	34.7
б) работа СМИ по профилактике абортов;	11.7
в) применение гормональной контрацепции;	41.7
г) отток пациенток в частные клиники;	23
д) повышение уровня осознанности и ответственности у женщин;	18.7
е) повышение уровня просвещенности у женщин	17.3
ж) другое	0.7

Таблица 38

Ответы на вопрос «Количество абортов увеличилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?»

а) плохая работа акушерско-гинекологической службы;	1
б) недостаточная информированность пациентов;	11.7
в) низкий уровень жизни, не позволяющий иметь большее количество детей;	17
г) высокая стоимость КОК;	10
д) безответственное отношение пациенток к своему здоровью	22.7
е) другое	1.7

⁴⁴ Подари им жизнь!!! <http://www.vgorode.ru/#/people/showPost/postId/5030412/tId/2468156/id/2468155> Доступ – 11.01.2015.

Если в первом случае основную причину снижения числа абортс врачей видят в применении гормональной контрацепции, то основную причину их большого числа те, на чьих территориях это имеет место, видят в безответственном отношении пациенток к своему здоровью. Мнение о роли гормональных контрацептивов в снижении числа абортс – чисто теоретическое. Как показал опрос пациенток, они пользуются КОК весьма редко – 14% (рис. 34).

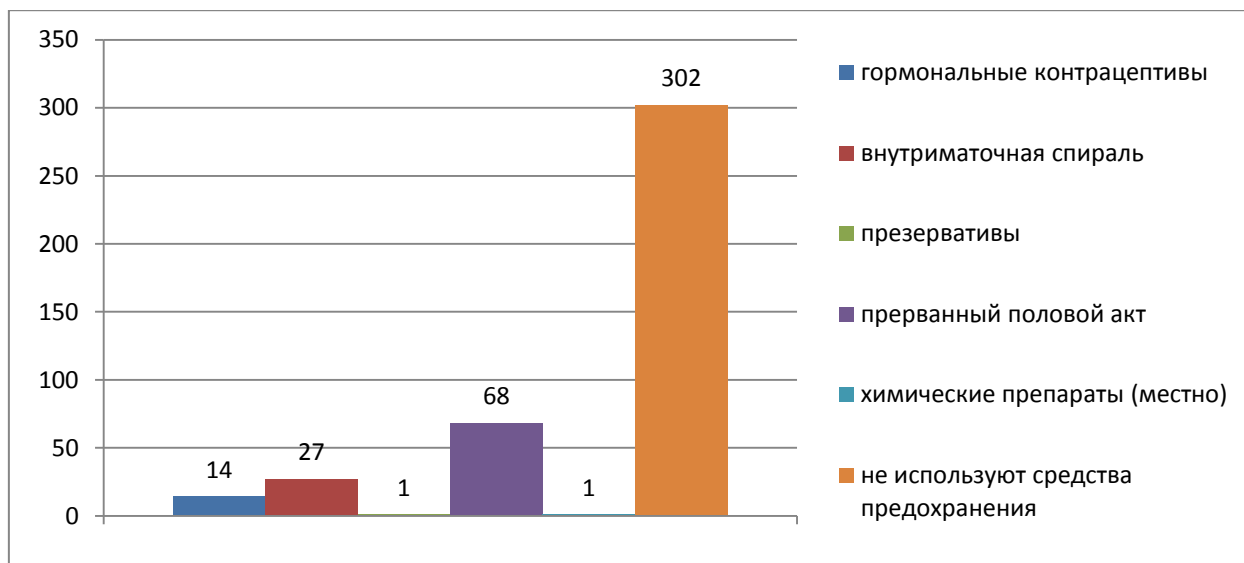


Рис. 34 Применение женщинами противозачаточных средств

А то, что почти 2/3 пациенток вообще не используют средства контрацепции, заставляет предположить либо наличие явных установок на деторождение, либо правоту тех, кто считает, что число абортс увеличивается, просто не все они фиксируются. Если мы обратим внимание на то, какое средство предохранения от нежелательной беременности пациентки использовали при своем первом половом контакте, то обнаружим, что женщины больше внимания уделяли этой проблеме (рис. 35)

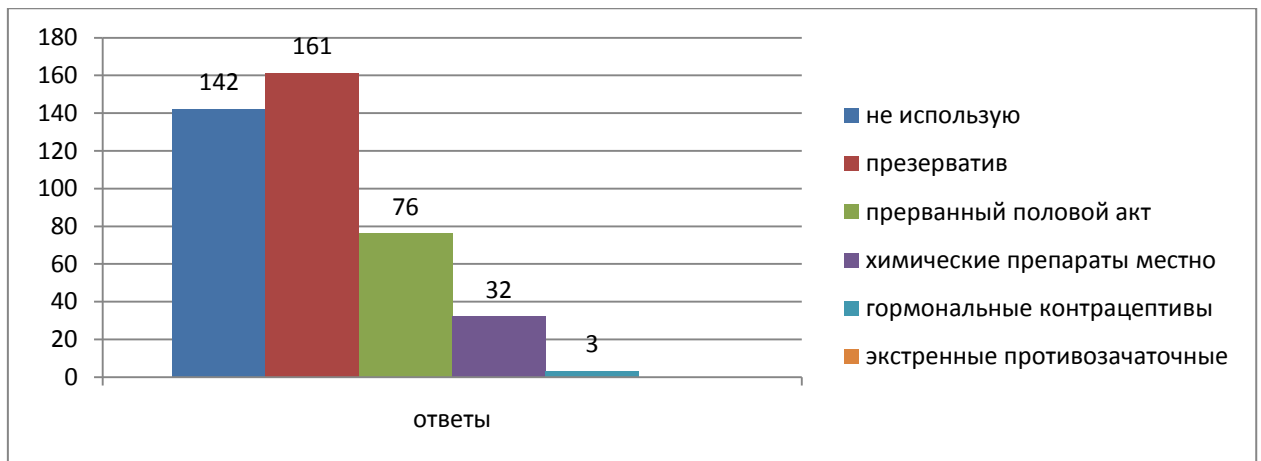


Рис.35 Использование контрацепции при первом половом контакте

Правда, надо отдать должное врачам – они настоятельно рекомендуют своим пациенткам гормональные контрацептивы – 72% опрошенных пациенток заявили, что об этом средстве они узнали именно от врача акушера-гинеколога.

Причиной того, почему решаются на аборт, женщины чаще всего (38,8%) называют несвоевременность беременности или нежелание рожать внебрачного ребенка (17,6%). Некоторые ссылаются на состояние здоровья (7%) или материальные трудности (5,2%). Но в целом из общего числа респонденток на вопрос о том, были ли у них аборты, положительно ответили 48,4%, т.е. почти половина. Причем, 44,8% женщин решение о прерывании беременности принимал самостоятельно, хотя в 15,4% случаев они следовали желанию мужа.

34,8% респонденток планируют в будущем родить ребенка, поэтому вопрос о применении противозачаточных средств для них не актуален, но этим озабочены 49,8%, т.е. половина опрошенных женщин, которые не собираются в будущем рожать детей. Врачи считают, что установки на деторождение связаны, в первую очередь, с увеличением льгот семьям, имеющим детей (таблица 39), хотя пятая часть респондентов (22,3%) полагают увеличение рождаемости временным явлением.

Таблица 39

Ответы на вопрос «Количество родов увеличилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?»

а) благодаря работе акушерско-гинекологической службе по планированию семьи;	26
б) улучшилось материальное положение населения;	25
в) увеличились льготы для семей имеющих детей;	43.7
д) увеличение рождаемости носит временный характер;	22.3
е) другое	1.3

Сами женщины настроены более оптимистично – в случае незапланированной беременности они только в 1,8% случаев не сомневаются, что сделают аборт (рис. 36).

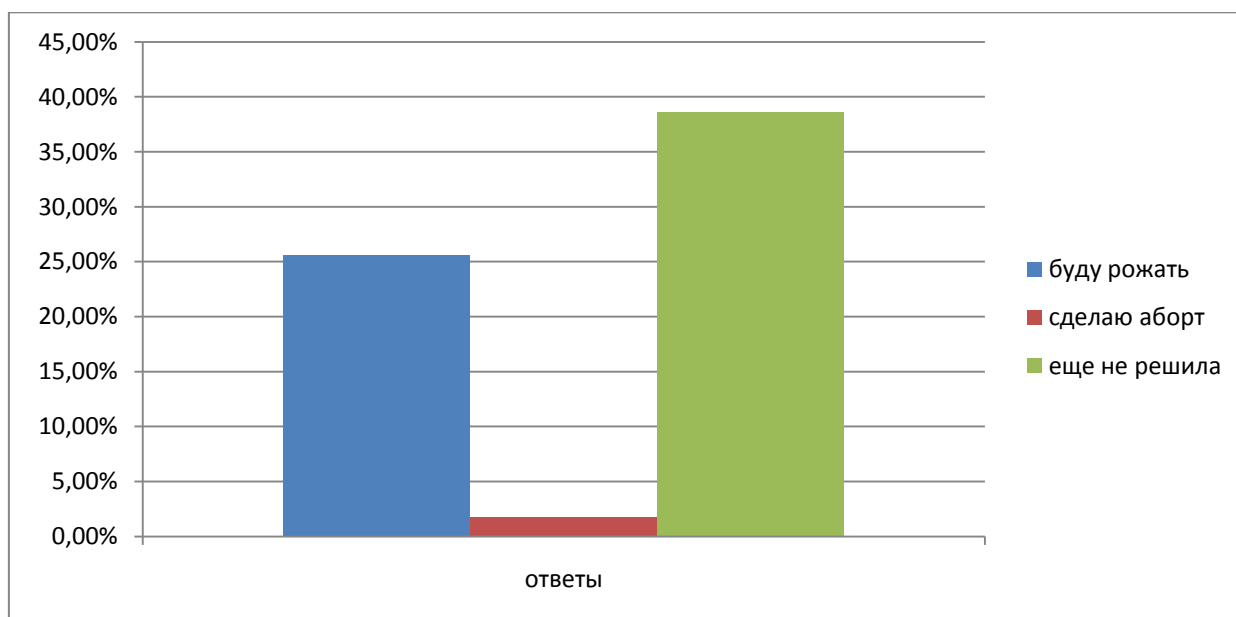


Рис. 36 Мнение женщин о своем поведении в случае незапланированной беременности

Те, кто не решил, оставят ли они ребенка, если и решат сделать аборт, будут руководствоваться, в первую очередь, медицинскими соображениями (25,6%), а в последнюю – материальными (3,2%). При этом на то, что уже имеют достаточное количество детей указали всего 11,8%. Плохие жилищные условия как причину аборта указали 4,2%. Среди других причин основное место занимает мнение мужа или полового партнера – 12,6%).

Таким образом, взгляды врачей и пациенток на причины абортa расходятся. Но если врачи ищут, в основном, макросоциальные и/или организационно-здравоохранительные причины, то женщины руководствуются соображениями микросоциального характера. Напрашивается вывод, что и те, и другие пока не наладили продуктивный диалог по проблеме прерывания беременности. Что странно, т.к. в Краснодарском крае, где проводилось наше исследование, ведется активная работа по профилактике абортa.

За последние 10 лет количество родов в крае увеличилось на 23% при одновременном уменьшении количества абортa на 57%. Одной из основных задач охраны репродуктивного здоровья женщин в регионе всегда являлось и является снижение числа абортa, показателей материнской заболеваемости и смертности, связанных с прерыванием беременности.

С целью снижения абортa среди женщин, которые стоят перед трудным выбором родить ребенка или сделать аборт, с 2011 года в рамках программы модернизации здравоохранения Краснодарского края включено направление «Создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» (так называемые «Центры кризисной беременности»).

На сегодняшний день введены ставки психологов в штат женских консультаций 18 муниципальных и 2 государственных бюджетных учреждений здравоохранения, а также в 9 муниципальных образованиях края в 2011 году в штат женской консультации введены ставки социальных работников⁴⁵.

Видимо, отмечая эти положительные мероприятия со стороны органов здравоохранения, врачи акушеры-гинекологи больше требований предъявляют к самим пациенткам. Их мнения по поводу рационального

⁴⁵ В Краснодарском крае снижается количество абортa и увеличивается рождаемость// <http://www.krasnodar-region.com/society/88-social/2326-perinatalny-center.html>. Доступ 10.01.2015.

отношения женщин к вопросу планирования беременности разделились почти поровну – считают, что женщины относятся к планированию беременности серьезно 36,7%, несерьезно – 35,3% (рис. 37).

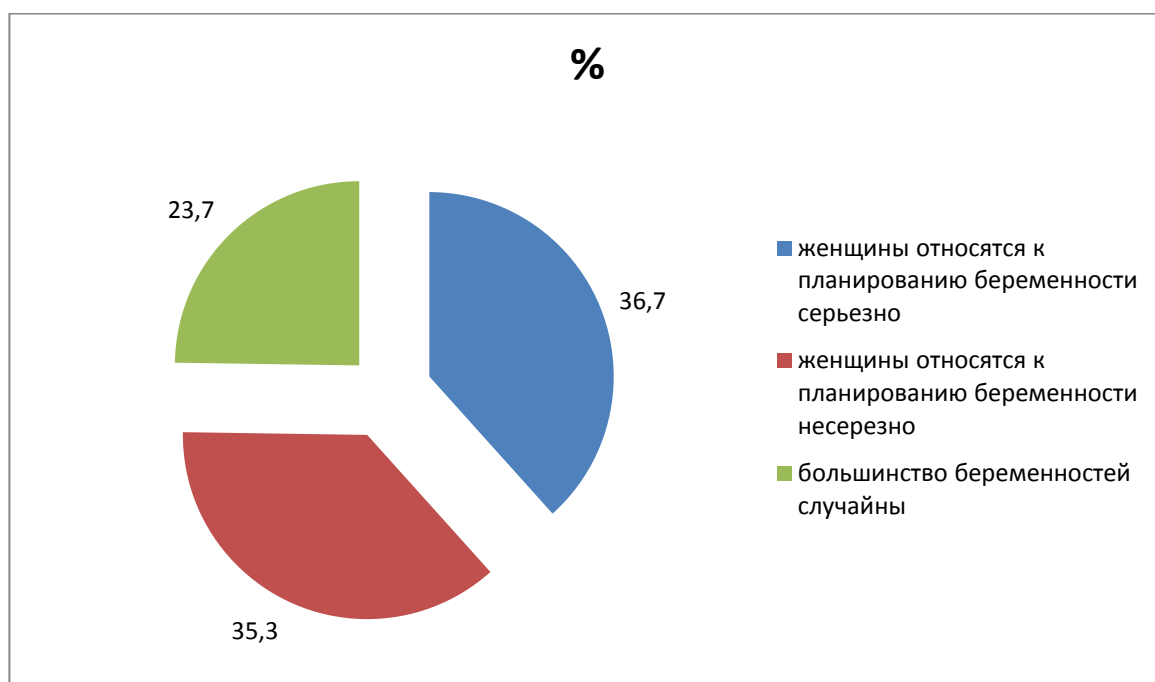


Рис. 37 Мнение акушеров-гинекологов об отношении женщин к планированию беременности

Те, кто считает отношение женщин к планированию беременности несерьезным (таблица 40), винят в этом, прежде всего, семью (60,7%), затем – общество (45,7%) и только потом – себя (24,3%).

Таблица 40

Ответы на вопрос « В чем Вы видите причины несформированности правильного репродуктивного поведения у пациенток»

неудовлетворительная профилактическая работа с пациентками в ЖК	24.3
недостатки семейного воспитания	60.7
система ценностей «общества потребления»	45.7
другое (напишите)	0

Очевидно, что выбор «общества потребления» в качестве причины безответственного отношения к деторождению нелогичен, поскольку оно действует на своих членов через конкретных агентов влияния – ту же семью, школу, СМИ, врачей и т.п. Кроме того, непонятно, почему это негативное, по мнению врачей, воздействие сказывается на поведении одних женщин и не сказывается на поведении других. Очевидно, врачи акушеры-гинекологи

оценивают ситуацию с отношением женщин к деторождению на уровне обыденного сознания, поскольку не имеют соответствующей гуманитарной подготовки. В системе образования современных врачей социальные оценки ситуации в их практике не анализируются. Слишком мало внимания уделяется приобретению знаний по клинической психологии, педагогике, медицинскому праву (которого вообще нет в вузовской программе обучения), социологии медицины (которая присутствует только в последипломном образовании и то – в редких вузах). Анализ причин поведения пациентов врача акушера-гинеколога – важная составляющая его деятельности. Разумеется, в медицинских учреждениях акушерско-гинекологического профиля предусмотрены должности медицинских психологов и социальных работников, которые могли бы взять на себя решение данной проблемы. Но они, как правило, не заняты специалистами, медицинские организации «экономят» на этих должностях. Как выясняется – в ущерб себе.

Наше исследование показало, что необходимо более тщательно учитывать позицию женщин фертильного возраста в планировании профилактических мероприятий и лучше информировать об этом врачей акушеров-гинекологов, среди которых не существует единого мнения по вопросу об отношении женщин к проблеме аборт и, соответственно, проводимая ими профилактика прерывания беременности может оказаться малоэффективной.

Определенные расхождения в позициях врачей и их пациенток отмечены нами в ходе исследования при анализе отношения к здоровью. В §3.3. мы уже указывали, что врачи демонстрируют приверженность здоровому образу жизни, хотя и в пассивной форме. В то же время, они крайне неохотно отвечали (если вообще отвечали) на вопрос об отношении к здоровью их пациенток. Поэтому мы выяснили этот вопрос у самих женщин.

Оказалось, что в вопросе охраны здоровья женщины рассчитывают, прежде всего, и в основном, на себя самих (63%), хотя многие (21,8%)

доверяют в этом вопросе лечащему врачу (рис. 38). Видимо, это сторонницы патерналистской модели в здравоохранении, при которой вся ответственность за здоровье больного лежит на лечащем враче, но и сам пациент обязан строго выполнять все его назначения, не принимать самостоятельно никаких решений.

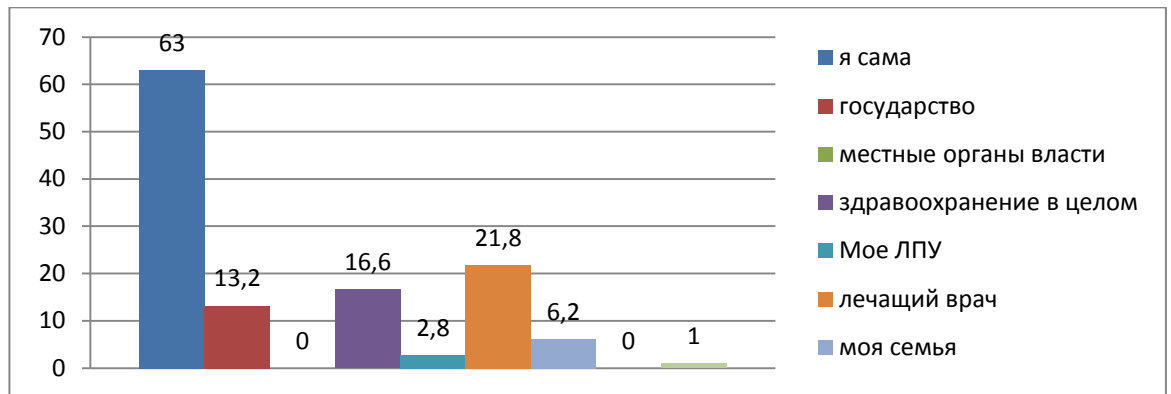


Рис. 38 Мнение женщин о том, кто несет персональную ответственность за их здоровье

Некоторые респондентки возложили ответственность за свое здоровье на «здравоохранение в целом» (16,6%), что говорит об их дезориентированности в данном вопросе. Здравоохранение в целом, как система, как социальный институт, обладает определенной безликостью – охрана здоровья граждан, безусловно, является функцией данного института, но персональная ответственность за персональное здоровье не существует. В этом случае правы те, кто указал лечащего врача как главного агента здоровьесбережения, т.к. именно через практических врачей и других медицинских работников здравоохранение реализует функцию, о которой мы говорили выше.

Респондентки почему-то никак не связывают функцию охраны здоровья с таким социальным агентом, как работодатель, хотя из 47,6% тех, кто постоянно, по их словам, испытывает стресс, 12,2%, т.е. одна четвертая, испытывали его на работе.

Интересно, что пациентки не считают ответственными за свое здоровье членов семьи - только 2,8% респондентов указали этот фактор в своих ответах. А вот врачи акушеры-гинекологи, наоборот, считают семью вторым

по значимости агентом ответственности за репродуктивное здоровье женщин (32,7%), хотя на первое место в этом вопросе также ставят самих пациенток (63%). Разумеется, врачей, как профессионалов в области акушерства и гинекологии, мы спрашивали именно об ответственности за репродуктивное здоровье (таблица 41). Кстати, свою ответственность в этом вопросе они оценивают даже выше, чем их пациентки (29,7%).

Таблица 41

Ответы на вопрос «На ком, по Вашему мнению, лежит главная ответственность за сохранение репродуктивного здоровья женщин?»

а) на врачах акушерах-гинекологах	29.7
б) на всех медицинских работниках	23.7
в) на семье	32.7
г) на школе	13.7
д) на СМИ	11
е) на государстве	15
ж) на самих пациентках	63
з) другое (напишите)	1.7

Если сравнить оценки ответственности за сохранение репродуктивного здоровья врачей акушеров-гинекологов и пациенток, то получим следующую картину (рис.39).

Очевидно, что врачи большую ответственность возлагают на семью и себя самих, чем пациентки, а те, в отличие от врачей, ждут более активной работы от конкретного медицинского учреждения. Интересно, что при более высокой активности врачей при ответах на данный вопрос, и у них, и у пациенток полностью совпали оценки ответственности самих женщин за свое здоровье – 63% и у тех, и у других.

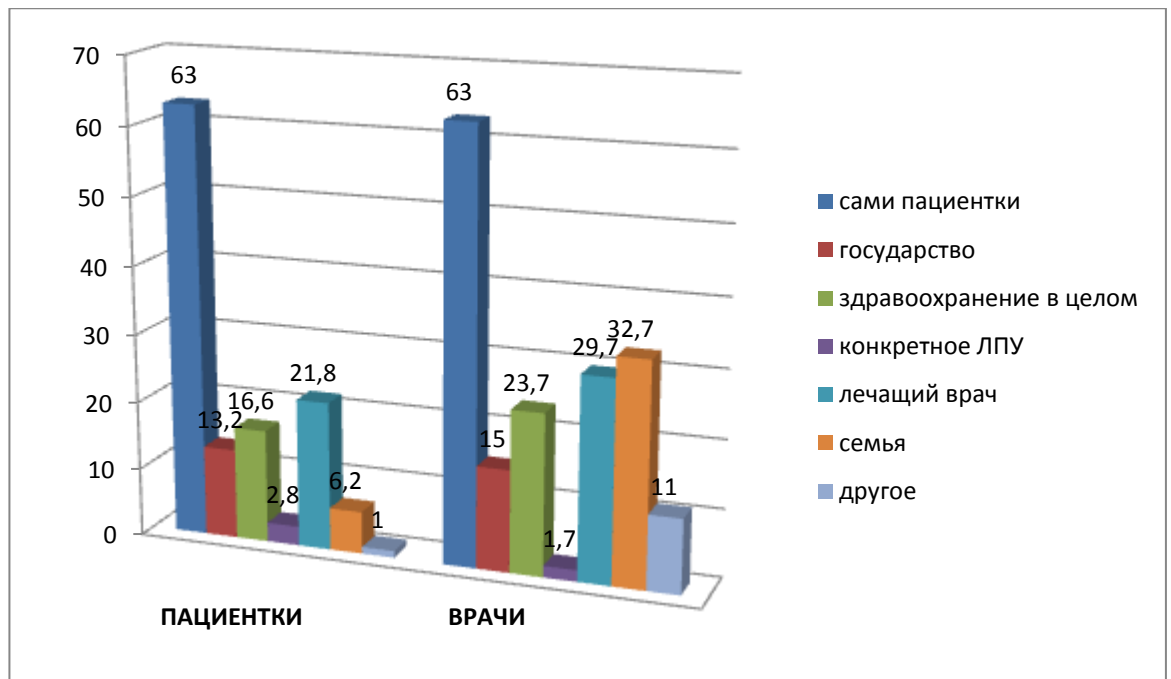


Рис. 39 Оценки ответственности за сохранение репродуктивного здоровья врачей акушеров-гинекологов и пациенток

Это позволяет сделать вывод, что *главным субъектом профилактики гинекологических заболеваний является сама женщина.*

Выводы

1. Установки на профилактику гинекологических заболеваний у пациенток формируются тогда, когда у них есть желание общаться с врачом, когда они удовлетворены его работой. Врачи акушеры-гинекологи в 74,7% случаев считают, что пациентки удовлетворены их работой, 14,3% - что не удовлетворены. У пациенток положительные оценки дали 86,6%, отрицательные - 3,8%. У пациенток организация работы медучреждения вызывает больше претензий (41,5%), чем работа врачей (34,5%), младшего и среднего медицинского персонала (24,0%). Но врачи мало интересуются мнением пациенток. Так, только 5,6% респондентов-врачей ответили на вопрос о регулярности обращений пациенток к врачам-гинекологам, при этом 4% считает такие посещения регулярными. Сами пациентки только в 23,2% случаев регулярно посещают акушера-гинеколога, а в 28,2 делают это лишь при наличии жалоб.

2. Врачам акушерам-гинекологам необходимо при оформлении информированного согласия а) больше внимания уделять первой стадии данного процесса – предоставлению информации, и б) учитывать предпочтения пациентов в выборе модели взаимоотношений с врачом – на избыточность информации, как правило, жалуются приверженцы патерналистской модели, а на ее недостаток – сторонники контрактной и коллегиальной модели. Хотя сами пациентки не подозревают о своих предпочтениях, врачу крайне полезно обладать информацией о приверженности той или иной модели взаимоотношений, чтобы использовать ее для оптимизации контакта с пациенткой и повышения уровня комплаентности. Сами пациентки вообще отрицают факт собственной некомплаентности.

3. Профилактика нежелательной беременности среди пациенток находится не на должном уровне. Так, только 14% пользуются КОК, а то, что почти 2/3 пациенток вообще не используют средства предохранения, заставляет либо предположить наличие явных установок на деторождение, либо констатировать несоблюдение женщинами мер профилактики. Наше исследование показало, что необходимо более тщательно учитывать позицию женщин фертильного возраста в планировании профилактических мероприятий и лучше информировать об этом врачей акушеров-гинекологов, среди которых не существует единого мнения по вопросу об отношении женщин к проблеме абортов и, соответственно, проводимая ими профилактика прерывания беременности может оказаться малоэффективной.

4. Причиной того, почему решаются на аборт, женщины чаще всего (38,8%) называют несвоевременность беременности или нежелание рожать внебрачного ребенка (17,6%). Некоторые ссылаются на состояние здоровья (7%) или материальные трудности (5,2%). Но в целом из общего числа респонденток на вопрос о том, были ли у них аборты, положительно ответили 48,4%, т.е. почти половина. Причем, 44,8% женщин решение о

прерывании беременности принимал самостоятельно, хотя в 15,4% случаев они следовали желанию мужа. Взгляды врачей и пациенток на причины аборт расходятся. Врачи ищут, в основном, макро социальные и/или организационно-здравоохранительные причины, женщины руководствуются соображениями микросоциального характера. Видимо, и те, и другие пока не наладили продуктивный диалог по проблеме прерывания беременности.

5. Мнения врачей по поводу рационального отношения женщин к вопросу планирования беременности разделились почти поровну – считают, что женщины относятся к планированию беременности серьезно 36,7%, несерьезно – 35,3%. Те, кто считает отношение женщин к планированию беременности несерьезным, винят в этом, прежде всего, семью (60,7%), затем – общество (45,7%) и только потом – себя (24,3%). В целом врачи акушеры-гинекологи оценивают ситуацию с отношением женщин к деторождению на уровне обыденного сознания в связи с тем, что в системе подготовки современных врачей мало внимания уделяется приобретению знаний по клинической психологии, педагогике, медицинскому праву, социологии медицины.

6. В вопросе охраны здоровья женщины рассчитывают, прежде всего, и в основном, на себя самих (63%), хотя многие (21,8%) доверяют в этом вопросе лечащему врачу. Некоторые респондентки возложили ответственность за свое здоровье на «здравоохранение в целом» (16,6%), что говорит об их дезориентированности в данном вопросе. Респондентки почему-то никак не связывают функцию охраны здоровья с таким социальным агентом, как работодатель, хотя из 47,6% тех, кто постоянно, по их словам, испытывает стресс, 12,2%, т.е. одна четвертая, испытывали его на работе. Пациентки не считают ответственными за свое здоровье членов семьи - только 2,8% респондентов указали этот фактор в своих ответах. А вот врачи акушеры-гинекологи, наоборот, считают семью вторым по значимости агентом ответственности за репродуктивное здоровье женщин

(32,7%), хотя на первое место в этом вопросе также ставят самих пациенток (63%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование полностью подтвердило гипотезу, выдвинутую во Введении к диссертации. По его результатам сформулированы следующие Выводы и Практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1 Мотивацию к пребыванию в профессии у врачей акушеров-гинекологов можно разделить на три блока: 1) основным мотивом является содержание деятельности – как операциональное, так и гуманитарное (50,21%); 2) основным мотивом является карьерный рост (42,35%) 3) основным мотивом являются материальные соображения (7,44%). При вступлении в профессию врачи не ставят перед собой цели заниматься профилактической работой, хотя не исключают свое участие в ней.

2 К негативным моментам в работе врача акушера-гинеколога респонденты относят, прежде всего, большое количество бумажной работы (38%) и небольшой размер заработной платы (36%). 23,7% респондентов считают, что у них пока нет возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС. К рискам для личности в своей работе врачи акушеры-гинекологи относят, прежде всего, ощущение отсутствия профессионального роста, его часто испытывают 11,3% респондентов, а иногда – 48,3%. Это ощущение, очевидно, непосредственно связано с «привыканием» к деятельности определенного рода, на которое жалуются 56,3% врачей, причем, 5% страдают от этого достаточно регулярно.

3 К причинам, мешающим акушерам-гинекологам полностью реализовать профилактическое направление в работе, можно отнести большой объем работы (40,3%), отсутствие финансовых стимулов в работе (38,7%), а также «несерьезное» отношение женщин к своему здоровью, несоблюдение рекомендаций врача, которое отмечают 32,7% респондентов. Врачи акушеры-гинекологи больше озабочены ситуацией в своей

профессиональной сфере, чем в своей личной жизни, поэтому они отмечают как самый большой недостаток в реализации профилактических задач в современной системе акушерско-гинекологической помощи недостаточную оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием (39,3%), большую степень износа медицинского оборудования (35%) и отсутствие установок на профилактику гинекологических заболеваний у пациенток, их некомплаентность (32,7%).

4 Сами врачи полагают, что ведут здоровый образ жизни – 66% положительных ответов и 26,4% отрицательных. В понятие «здоровый образ жизни» они вкладывают особый смысл – говорят о том, чего им лично очень не хватает: режима сна, режима питания, сбалансированности труда и отдыха (78,7%). Большинство врачей-респондентов (64,7%) подтвердили прохождение диспансеризации, более трети опрошенных прошли диспансеризацию формально – сдали анализы, убедились в том, что здоровье в норме, а к специалистам так и не пошли (34,7%). В то же время, врач, формально относящийся к своим обязанностям по охране собственного здоровья, не имеет морального права давать необходимые рекомендации пациентам по вопросам профилактики и диспансеризации.

5 Врачи с наибольшим стажем работы отметили наличие у себя заболеваний опорно-двигательного аппарата (6%), они же признали склонность к простудным заболеваниям и, частично (половина из этой группы) – к сердечно-сосудистым. Отмечен высокий процент жалоб на бронхо-легочные заболевания (27,7%) и заболевания органов зрения (20,7%), причем, в основном, среди молодых врачей со стажем работы до 10 лет. В отличие от распространенности заболеваний нервной системы (19,%), здесь никакой связи с профессией не просматривается, можно предположить здесь общепопуляционную тенденцию. В целом же простудные заболевания занимают первое место по распространенности среди врачей акушеров-гинекологов, что характерно для населения вообще.

6 При выборе методов контрацепции врачи предпочитают КОК (34,7%) в подавляющем большинстве случаев, на втором месте со значительным отрывом идет использование презервативов (14%), а на третьем - прерванный половой акт и воздержание в фертильный период (8,7%), т.е. как раз то, что не рекомендуют своим пациенткам акушеры-гинекологи.

7 Только 37% респондентов никогда не испытывали трудностей в приобретении лекарств или медицинских услуг, еще 11,3% испытывали такие трудности редко, а вот 48,6% сталкиваются с ними достаточно регулярно. Только 14,7% респондентов ухитряются соблюдать режим дня. Среди факторов, которые мешают врачам заниматься собственным здоровьем, они сами отмечают, прежде всего, нехватку времени (44,7%) и загруженность на работе (42,3%). Естественно с этим связана усталость (33,7%), а у врачей-женщин, которых в выборке было большинство, еще и загруженность домашними делами (25,3%).

8 Мнения врачей по поводу рационального отношения женщин к вопросу планирования беременности разделились почти поровну – считают, что женщины относятся к планированию беременности серьезно 36,7%, несерьезно – 35,3%. Те, кто считает отношение женщин к планированию беременности несерьезным, винят в этом, прежде всего, семью (60,7%), затем – общество (45,7%) и только потом – себя (24,3%). В целом врачи акушеры-гинекологи оценивают ситуацию с отношением женщин к деторождению на уровне обыденного сознания, поскольку в системе подготовки современных врачей слишком мало внимания уделяется приобретению знаний по клинической психологии, педагогике, медицинскому праву (которого вообще нет в вузовской программе обучения), социологии медицины (которая присутствует только в последипломном образовании и то – в редких вузах).

9 Женщины-пациентки уверены в своей комплаентности, что не подтверждается опросом врачей. Отличаются их мнения и по поводу регулярности визитов женщин к врачу акушеру-гинекологу. В вопросе охраны здоровья женщины рассчитывают, прежде всего, и в основном, на

себя самих (63%), хотя многие (21,8%) доверяют в этом вопросе лечащему врачу. 16,6% респонденток возложили ответственность за свое здоровье на «здоровоохранение в целом», что говорит об их дезориентированности в данном вопросе. Респондентки не связывают функцию охраны здоровья с таким социальным агентом, как работодатель, хотя четвертая часть тех 47,6%, кто постоянно испытывает стресс, испытывали его на работе (12,2%).

10 Пациентки не считают ответственными за свое здоровье членов семьи - только 2,8% респондентов указали этот фактор в своих ответах. А вот врачи акушеры-гинекологи, наоборот, считают семью вторым по значимости агентом ответственности за профилактику нарушений репродуктивного здоровья женщин (32,7%), хотя на первое место в этом вопросе также ставят самих пациенток (63%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Сочетание социологических и клинических методов исследования позволяет не только установить корреляцию медицинских и социально-психологических детерминант профилактической работы врача акушера-гинеколога, но и предложить пути ее оптимизации за счет расширения палитры профилактических осмотров в сочетании с формированием приверженности профилактике, как у пациентов, так и у врачей.
2. Представляется необходимым возродить профилактические гинекологические осмотры женского населения по месту жительства с 18 летнего возраста (с проведением маммографии с 35 лет по направлению врача ЖК - в поликлинике), УЗИ молочных желез по месту жительства, которые можно провести в женской консультации.
3. Необходимо совершенствование скрининговых программ, так как существующие, проводимые в общеполитрической сети, не дают объективной оценки состояния женского репродуктивного здоровья, что подтверждается данными анализа профосмотров по обращаемости в ЖК. В скрининговые программы, кроме визуального скрининга шейки матки, взятие мазков на цитологию (онкоцитологию), гинекологического осмотра,

необходимо включить УЗИ матки и придатков и УЗИ молочных желез всем женщинам, старше 18 лет.

4. Целесообразно разработать алгоритмы маршрутизации пациенток по результатам профосмотров в общеполитическую сеть. Информацию о выявленных гинекологических и репродуктивно-значимых тяжелых соматических заболеваниях и подозрениях на наличие заболеваний репродуктивной системы необходимо передавать на участок ЖК, а не только женщине, как это делается сейчас.

5. Совершенствование профилактической работы возможно на основе ее дальнейшей институализации, что предполагает передачу функций социальных субъектов, ответственных за профилактику, от индивидов (в настоящее время - врачи акушеры-гинекологи, как это предусмотрено их Должностными инструкциями) к организациям, а именно - женским консультациям. Предлагаемые мероприятия дадут ожидаемый результат только, если будут правильно и активно использованы двумя контрагентами – врачами акушерами-гинекологами и женщинами-пациентками. Активизация интеракции в системе «врач – пациент» в сфере профилактики зависит от их позиции по отношению к здоровью в целом, к репродуктивному здоровью и – друг к другу.

6. Врачам акушерам-гинекологам необходимо при оформлении информированного согласия а) больше внимания уделять первой стадии данного процесса – предоставлению информации, и б) учитывать предпочтения пациентов в выборе модели взаимоотношений с врачом – на избыточность информации чаще жалуются приверженцы патерналистской модели, на ее недостаток – сторонники контрактной и коллегиальной модели. Врачу необходимо обладать информацией о приверженности той или иной модели взаимоотношений, чтобы использовать ее для оптимизации контакта с пациенткой и повышения уровня комплаентности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е.Радзинский, Г.М.Савельевой — Изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1200 с.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е.Радзинский — Изд.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 1200 с.
3. Айламазян, Э.К. Гинекология. М. – 2013.
4. Айламазян, Э.К. Планирование семьи. Методы контрацепции: Практическое руководство / Э.К. Айламазян — СПб.: Сотис, 2003.- 182с.
5. Актуальные вопросы реформирования региональной системы здравоохранения / Под ред. Е. А. Финченко. - Новосибирск: ЦЭРИС, 1997. - 168 с.;
6. Алленова, И.А. Научные основы организации медико-социальной помощи по профилактике непланируемой беременности в амбулаторно - поликлинических условиях / И.А.Алленова //Автореферат дисс. канд. мед. наук: 14.00.01. - М., 1989.-20 с.
7. Альбицкий, В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова, И.М. Волков - Казань; Медицина, 2001. - 248с.
8. Андреева, И.Н. Социальная роль / И.Н. Андреева // Социологическая энциклопедия. Минск: "Беларуская Энцыклапедыя", 2003. - С.954-955.
9. Аничкова, З.Я. Здоровое материнство / З.Я. Аничкова // Медицина, М - 2002. - 72 с.
10. Антонов, А.И. Демографическое будущее России: депопуляция навсегда? / А.И.Антонов // СоцИс.1999. № 3.
11. Армашевская, О.В. Роль средних медицинских работников в повышении медицинской грамотности населения / Армашевская О.В., Волков И.М., Зверева В.И. и др. // Рос.вестн. акушера-гинеколога. 2002. - № 1. - С.11-13.
12. Асадуллина, Г.Н. Современные тенденции фертильности и репродуктивного поведения женщин в условиях крупного города / Г.Н. Асадуллина // Автореферат дисс. канд. мед.наук.– Уфа, 2000. – 23 с.
13. Астафьева, Н.Г. Оценка качества жизни женщин фертильного возраста с помощью специального вопросника WHQ / Н.Г.Астафьева, О.Ф. Кусмарцева // Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения».- Волгоград, 2004.-с.112-115.
14. Атагаджиева, М. С. Социальные и клинические особенности медикализации предменструального синдрома / М.С. Атагаджиева // Автореферат дисс. канд. мед. наук. – Волгоград, 2010.- 25 с.
15. Багдасарян, И.В. «Русский крест»: духовно-психологический надлом как фактор русской депопуляции / И.В. Багдасарян // Наш современник. - 2006. - № 11. - С. 199-214.
16. Баз, Л.Л. Послеродовые материнские депрессии и семейная психотерапия./ Л.Л. Баз, Н.К. Скобло, Н.К.Васильковская // Семейная психология и семейная психотерапия. 2000. - №3. -с.68-72.

17. Балох, Ш. Контрацепция после родов и аборт / Ш. Балох, Л. Коул // Планирование семьи. 1996. - № 1. - С.21 - 32.
18. Баранов, А. Б. Социально-экономические проблемы депопуляции и старения населения / А.Б.Баранов // Вопр. Статистики, 2009.-№ 7.-С. 13-16.
19. Баранов, С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала женщин, проживающих в сельском районе / С.П.Баранов // Автореферат дисс. канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 16 с.
20. Баринов, В. Интенсивная терапия в профилактике материнской смертности при септических осложнениях аборта / В.Баранов // Метод, пособие. - Омск, 2002. - 51 с.
21. Белоусов, Ю.Б. с соавт. «Этическая экспертиза биомедицинских исследований» - М. – 2006.
22. Бостанджян, В. Н. Комбинированная гормональная контрацепция в вопросах и ответах / В. Н. Бостанджян, В. Н. Прилепская // Акушерство и гинекология: Научно-практический журнал. 2011. - № 5. - С. 129-133.
23. Бязрова, М. А. Роль социального работника в защите репродуктивного здоровья женщин / М.А. Бязрова // Автореферат дисс. канд. социол. наук. Волгоград – 2013. – 24 с.
24. В Краснодарском крае снижается количество аборт и увеличивается рождаемость// <http://www.krasnodar-region.com/society/88-social/2326-perinatalny-center.html>. Доступ 10.01.2015.
25. Ваганова-Наймишииа, Л.А. Медико-социальные проблемы совершенствования системы охраны здоровья матери и ребенка в сельской местности / Л.А. Ваганова-Наймишииа // Автореферат дисс. канд. мед.наук. СПб., 2001.- 20с.
26. Волков, А.Г. Семейная структура населения России: факторы и тенденции / А.Г.Волков // Российский демографический журн. - №1, 1996. – 22 с.
27. Воробьёв, А.А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач – пациент / А.А.Воробьёв, В.В. Деларю, А.В. Куцепалов // Социология медицины. 2004. № 1. С. 39 – 45.
28. Врач - пациент. Общение и взаимодействия. - Женева, 1996.
29. Врачебные страхи и опасения: в эпицентре шторма. Мозговой штурм «Почему далеко не все российские врачи назначают гормональную контрацепцию?» // StatusPraesens 05/2012 - №1(7) – С. 66-72.
30. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев, 1996.
31. Всемирная Организация Здравоохранения. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Женева, 2004.
32. Всемирная организация здравоохранения: Европейское региональное бюро: Укрепление здоровья: концепция и принципы. Копенгаген: ВОЗ, 1984. – С.112.
33. Гаврилова, Л.В. Анализ состояния и пути решения проблем охраны репродуктивного здоровья женщин /Л.В. Гаврилова // Здравоохранение. 2002. № 8.

34. Гаврилова, Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях / Л.В.Гаврилова - М., 2000. – С. 160.
35. Генералова, Г.Е. Социальная составляющая профессиональной роли акушерки / Г.Е. Генералова // Диссертация на соискание уч.ст. к.мед.н. Волгоград. 2004. – 125 с.
36. Герасименко, Н.Ф. Изменения в российском законодательстве в сфере охраны здоровья / Н.Ф. Герасименко, О.Ю.Александрова. // Медицинское право. 2005. № 2 (10). С. 9 – 14.
37. Гинекология и акушерство// <http://ginekolog.com/> - Доступ 07.07.2013.
38. Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления: Пер. с греч. - Минск, 1998.
39. Гонежукова, Б.Р. Социальные параметры отношения к контрацепции студенток вузов / Б.Р. Гонежукова // Автореферат дисс. канд. мед.наук. Волгоград. 2011. – 26 с.
40. Гребешева, И.И. Социальные аспекты репродуктивного здоровья и ответственного родительства / И.И. Гребешева // Планирование семьи - 2002. - № 3. –С. 5-7.
41. Григорян, В. А. Отношение врачей и пациенток к контрацепции после оперативного родоразрешения (опыт медико-социального анализа) /В.А.Григорян // Автореферат. дисс. канд. мед. наук. Волгоград. 2012.- 23 с.
42. Грищенко, Г.И. Влияние искусственного прерывания беременности на организм женщины / Г.И. Грищенко. - М.,1990. С-96-97.
43. Деларю, В.В. Социологические методы исследования в медицине / В.В. Деларю. - Волгоград, ВолГАСА, 2002. - 68 с.
44. Денисов, В. Н. Методология стратегического планирования в здравоохранении / В.Н. Денисов, А.И. Бабенко. - Новосибирск: ЦЭРИС. - 2001. - 353 с.
45. Дмитриева, Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социологические исследования, 2003. № 11. С. 51 – 57.
46. Железняк, Е.С. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице / Е.С.Железняк, Н.И.Вишняков, Н.Г.Петрова, Е.Н. Пенюгина // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1998. - № 5. - С.39-40.
47. Женщины России. Статистический сборник. М.- 2007; Положение женщин в Российской Федерации. Информационный материал Государственной Думы Российской Федерации. М.- 2008.
48. Женщины России. Статистический сборник. М.,2000; Отчет Минздравсоцразвития России. М. – 2010.
49. Забин, Ю. Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей /Ю.Л.Забин. // Экономика здравоохранения. - 11-12. - 2001. - С. 25-26;
50. Заболеваемость населения России в 2009 году. Статистические материалы. Часть I . Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. М. 2010.

51. Заболотная, В.И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин Юга России / В.И.Заболотная - СПб. 2000. – С. 22.
52. Здоровья населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 г. // Статистические материалы. – М. 2001.
53. Здравоохранение в России. // Статистический сборник. – М: Госкомстат РФ. 2001. – С. 128.
54. Зыятдинов, К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента /К.Ш.Зыятдинов.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - № 2. - С.22-25.
55. Зыятдинов, К.Ш. Этика - правовая составляющая медицинской помощи населению Республики / К.Ш.Зыятдинов.// Актуальные этико-правовые проблемы здравоохранения на современном этапе (Сборник научных трудов по материалам Республиканской научно-практической конференции). – Казань. 6 апреля 2001. – С. 10 – 16.
56. Ивченко, О.Г. Маркетинговые исследования потребления и спроса контрацептивных лекарственных средств / О.Г.Ивченко // Автореферат дисс. канд. фармац. наук. Пятигорск, 2002. -23 с.
57. Илюхина, О. В. Современная социально-психологическая модель сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста / О.В. Илюхина // Автореферат дисс. канд.мед.наук. Волгоград. 2012.- 26 с.
58. Калькулятор зарплат// <http://www.mojazarplata.ru/main/zarabotok/salary-check?job-id=2222010000000>. Доступ – 05.01.2015
59. Калюш, А.В. Репродуктивное здоровье и контрацепция / А.В. Калюш, С.В. Пауков // Материалы респ. научно-практической конференции "Актуальные вопросы перинатологии" (15-17 апр. 1996г.) Екатеринбург, 1996. - С.82-83.
60. Каримов, Ш.И. Некоторые медико-социальные аспекты планирования семьи / Ш.И. Каримов, Д.А. Асадов, Б.Л. Рубин // Мед.журнал Узбекистана. 1992. - №7. - С.3-10.
61. Каткова, И.П. Планирование семьи как медико-социальная проблема / И.П. Каткова, Н.З. Зубкова, Е.В. Андрюшина // Семья в России. 1994. - №2. - С.52-58.
62. Кирбасова, Н.П. Актуальные вопросы юридической ответственности акушера – гинеколога / Н.П. Кирбасова, А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк М. // Акушерство и гинекология. 2004. № 2. С. 48 – 53.
63. Климова, Н.Б. Проблемы медицинского обеспечения населения в современных условиях (по материалам специального социологического исследования) / Н.Б. Климова, В.К. Овчарова, Н.А. Кравченко, Т.М.Максимова, Е.П. Какорина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - № 2. - С.30-36.
64. Клинико – организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта // Под ред. В.И. Кулакова., И.С. Савельевой. Издательство второе, дополненное. - М. – 2005.
65. Клиническая психология: учебник // Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб: Питер, 2002. - 960 с.

66. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология // под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 512 с.
67. Ковалёва, М.Д. Социальные, психологические и медицинские особенности менопаузы / М.Д.Ковалева // Социология медицины. 2004. № 1. С. 48 – 55.
68. Кулаков, В.И. Гинекология. Национальное руководство / В.И.Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б.Манухин - М. – 2009.
69. Кулаков, В.И. Этические и правовые аспекты акушерско – гинекологической помощи в современной России. / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, О.В. Шарапова // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 3 –7.
70. Кэмпбелл, А. Медицинская этика / А.Кэмпбелл // Перевод под ред. Ю. Лопухина, Б. Юдина., - М. – 2005.
71. Лакунин, К. Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях / К.Ю.Лакунин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2001. - 5. -С. 44-46;
72. Лукша, О.В. Провинциальная медицина на распутье / О.В.Лукаш // Рубеж: Альманах социологических исследований. 1998. № 13-14.
73. Материалы коллегии МЗ РФ от 15. 01. 2001. О ходе выполнения отраслевой программы "Общая врачебная (семейная) практика".
74. Мерсиянова, И.В. Реализация национального проекта «Здоровье» на муниципальном уровне: мнения глав местного самоуправления /И.В.Мерсиянова // Главврач. 2007. № 5. С.28-36.
75. Мингалёва, Н.В. Пути оптимизации гинекологической помощи на региональном уровне / Н.В.Мингалёва // «MD-prodaction» — Краснодар, 2008. - 336с.
76. Михайлова, Ю. В. Особенности современной организации медицинской помощи сельскому населению российской Федерации / Ю.В.Михайлова , В.А.Магнитская // Главврач. - 6. - 2002. - С. 4-10.
77. Михеев, П.А. Проблемы современного села в перспективе социальной политики / П.А.Михеев // Саратов: Саратов. Гос. Техн. Ун-т, 21003. С. 8.
78. Монсон, П. Современная западная социология. Теория, традиции, перспективы / П.Монсон // Спб, 1992.
79. Морозов, П.Н. Социальный портрет стационарного лечебно-профилактического учреждения современной России / П.Н.Морозов // Диссертация на соиск. уч. ст. доктора мед. наук. Волгоград. 2005.- 238 с.
80. Навроцкий, Б.А. К вопросу о комплементарности научных публикаций (по страницам социологических журналов) / Б.А. Навроцкий , Н.Н.Седова // Социология медицины. 2014. №2. С.46 – 49.
81. Назарова И.Б. Взаимоотношения «Врач - Пациент»: правовые и социальные аспекты / И.Б.Назарова // 2004. С. 142 – 147.
82. Об утверждении клинико-экономических стандартов медицинской помощи: Приказ МЗ ХК №82 от 20.03.2006.- М., 2006.
83. Отдел государственной статистики г. Сочи// <http://yfo.spr.ru/sochi-i-sochinskiy-gorodskoy-okrug/otdel-gosudarstvennoy-statistiki-goroda-sochi.html>.
Доступ 14.07.2014.

84. Оценка численности постоянного населения на 1 января 2013г. и в среднем за 2012г. // Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/prPopul.xls
85. Подари им жизнь! // <http://www.vgorode.ru/#/people/showPost/postId/5030412/tId/2468156/id/2468155> Доступ – 11.01.2015.
86. Подлесных, И. Обязательные медицинские осмотры работников / И.Подлесных // Кадровик. ру".- 2012. – N. 4./ Доступ <http://hr-portal.ru/article/obyazatelnye-medicinskie-osmotry-rabotnikov>. – 12.02.2015.
87. Попова, Е.С. Особенности репродуктивного потенциала девушек Юга России / Е.С.Попова // Журнал практического врача акушера – гинеколога. – 2003. - №2 (6). – С. 24 – 30.
88. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 (ред. от 19.06.2012) № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».
89. Приказ МЗ и СР РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
90. Приказ МЗ РФ от 03 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», Приказ МЗ и СР РФ от 03 марта 2011г. № 163н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 февраля 2010 г. №55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан».
91. Приказ МЗ РФ от 06 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».
92. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.06.2011 № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации».
93. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2012 № 397 «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июня 2011 г. № 607 «Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации».
94. Приказ Росздравнадзора от 29.06.2011 № 3769-Пр/11 «Об организации деятельности рабочих групп по анализу хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 50 от 27.07.2012 года «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации исполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2012 году».
95. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 06.08.2012 № 232-к «Об организации работы по контролю за соблюдением

субъектами Российской Федерации исполнения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации».

96. Прилепская, В.Н. Поликлиническая гинекология / В.Н. Прилепская - М. – 2005.
97. Прилепская, В.Н. Практическая гинекология / В.Н.Прилепская. – М., 2003.
98. Прилепская, В.Н. Сохранение репродуктивного здоровья через образование / В.Н.Прилепская, И.С.Савельева, В.Б.Межевитинов // Контрацепция и здоровье женщины. – 2000. - № 2. – С. 3.
99. Профилактика // <http://tolkslovar.ru/p23777.html> - Доступ 07.07.2013.
100. Профилактика гинекологических заболеваний// <http://www.minibanda.ru/u/59853/note/profilaktika-ginekologicheskix-zabolevanij> - Доступ 07.07.2013
101. Профилактика гинекологических заболеваний// http://www.moscow-medic.ru/profilaktika_ginek_zabolev - Доступ 07.07.2013
102. Радзинский, В.Е. Женская консультация / Под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 472 с.
103. Радзинский, В.Е. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования / В.Е Радзинский, И.Н. Костин, Н. Д. Плаксина, Т.В. Резер Т.М. // Социол. исследования.- М., 2003. — № 1. — С. 102108.
104. Решетников, А.В. Методология исследований в социологии медицины. М., 2000. – 238 с.
105. Решетников, А.В. Социология медицины / А.В.Решетников // Руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 976 с.
106. Решетников, А.В. Технология медико-социологического исследования в социальной системе / А.В.Решетников // Учебное пособие. М., 1999.
107. Российское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация «Народонаселение и развитие». Качество оказания медицинской помощи женщинам при аборте: нерешенные вопросы. Пособие для врачей. М., 2011.
108. Рубцова, В.Н. Проблемы и перспективы развития образования и здравоохранения на селе / В.Н.Рубцова, Н.Н.Гущина // Проблемы развития социальной сферы села: реальность и прогнозы. Тезисы Всероссийской научно-практической конференции. С-Пб., 1999. С. 65.
109. Седова, Н.Н. Биоэтика и право в высшем образовании: методология взаимосвязи / Н.Н.Седова // Философия права. 2012.-№4.- С. 94
110. Седова, Н.Н. Биоэтика / Н.Н.Седова // М.: Изд-во «КноРус». – 2015. – 239 с.
111. Седова, Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали / Н.Н.Седова // Биоэтика. – 2009. - №1. –С. 37.
112. Седова, Н.Н. Из опыта работы Волгоградского регионального независимого этического комитета / Н.Н.Седова // Медицинская этика. 2013. №1. С.34.
113. Седова, Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема / Н.Н.Седова //Биоэтика. 2012.-№2. – С.21 – 24.

114. Седова, Н.Н. Права пожилых людей на медико-социальную помощь: трудности реализации / Н.Н. Седова, С.А.Щелков // Социальное и пенсионное право.-2012.-№4. – с.12 – 17.
115. Седова, Н.Н. Правовые гарантии и этические условия охраны репродуктивного здоровья женщин / Н.Н.Седова // Пути репродуктивного здоровья женщин: Сборник докладов 9-й Поволжской научно – практической конференции. – Волгоград: ГУЗ «Волгоградский областной кардиологический центр», 2004г. С. 9 – 10.
116. Седова, Н.Н., Социальные перспективы сексуальной медицины в России / Н.Н.Седова, В.В.Аксенов // Монография М. – 2009 – 212 с.
117. Сидоров П.И., Введение в клиническую психологию / П.И.Сидоров, А.В.Парняков// Учебник для медвузов: Т.1-2. - Екатеринбург: Деловая книга, 2002. - Т. - 412 с.; Т.2 - 381 с.
118. Силкина, Т.В. Формирование социального статуса медицинской сестры / Т.В.Силкина // Дисс. на соискание уч. ст. к.социол.н. Волгоград. 2004.- 22 с.
119. Силуянова, И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма / И.В.Силуянова // Экономика здравоохранения.- 2000.-№1.-с.5-8.
120. Славянова, И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие / И.К. Славянова. - 10-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 395 с. : ил. - (СПО).
121. Смбатян, С. М. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению в современных условиях / С.М.Смбатян // Российский медицинский журнал. - 1. - 1998. - С. 8-9.
122. Смелзер, Н. Социология : Пер с англ. / Н. Смелзер – М.: Феникс, 1998. - 678с.;
123. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология Руководство для врачей / В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович – М.: Медицинское информационное агентство, 2001 – 302 стр.
124. Соложенкин, В.В. Психологические основы врачебной Учебник для студентов высших учебных заведений. деятельности / В.В.Соложенкин – М.: Академический Проект, 2003. – 304с.
125. Стародубов, В. И. Медицинское обеспечение сельского населения / В.И.Стародубов, А.И. Вялков, С.С.Иванова, А.М.Голубев // Вестник Межрегиональной ассоциации "Здравоохранение Сибири". - 2. - 1998. -С. 9;
126. Статистика: уровень гинекологических заболеваний растет// <http://www.chirkoff.com/o-zhenshhiny/statistika-uroven-ginekologicheskix-zabolevanij-rastet.html>. Доступ – 12.05.2014.
127. Степанов, В. В., Финченко Е. А. Основные направления развития сельского здравоохранения/ В.В. Степанов, Е.А.Финченко - Новосибирск: "Изд. комп. Лада". - 2003. - 300 с.
128. Стогова, В.Б. Юридическая и моральная ответственность медицинских работников / В.Б. Стогова, И.Ю. Григорьев // Здравоохранение.- 2002.- №10.- С. 159-170.
129. Татьяна Яковлева. Треть беременностей в России заканчивается абортами// <http://www.eg-online.ru/article/261753/>. Доступ 09.01.2015.

130. Тищенко, П.Д. Этические правила взаимоотношений медицинского работника и пациента / П.Д.Тищенко // Введение в биоэтику. Учебное пособие. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - С.159-196.
131. Ткаченко, Л.В. Факторы риска для возникновения нарушений репродуктивной функции / Л.В. Ткаченко // Журн. акушерства и женских болезней. -2000. - №3. – С. 36-39.
132. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". - Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
133. Филатов, В.Б. Ответственность медицинских работников, связанная с их профессиональной деятельностью в контексте нового уголовного законодательства/ В.Б.Филатов, А.В.Решетников // Здравоохранение. 1999. №1.
134. Филатов, В.Б. Этические и правовые основы во взаимоотношениях врача и пациента./ В.Б.Филатов, Р.В. Коротких, Н.Х.Лукова // Здравоохранение.-2001.- №3.-с.173-175.
135. Фирсова, И.В. Комплаентность и информированность пациентов стоматологической практики/ И.В. Фирсова Е.С., Соломатина, В.В. Шкарин . – М.: Издательская группа «Юрист». – 2014.
136. Фролова О.Г. Вопросы охраны репродуктивного здоровья в решениях коллегий Минздрава РФ 2002г. / О.Г.Фролова, И.А.Ильичева // Акушерство и гинекология. – 2003г. № 4. С. 63 – 64.
137. Фролова О.Г. Основные показатели деятельности акушерско – гинекологической службы и репродуктивного здоровья /О.Г.Фролова, З.З.Токова // Акушерство и гинекология. 2005. № 1. С.3 – 6.
138. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И.Харди. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1988. - 338 с.
139. Хельсинкская декларация: рекомендации для врачей в биомедицинских исследованиях с включением человека. - Всемирная медицинская ассоциация. Хельсинки, 1964; дополнения 1975, 1983, 1989, 1996.
140. Хуако Г. А. Социальные диспозиции участников процесса акушерско-гинекологической помощи в сельском здравоохранении (на материале Краснодарского края) / Г.А. Хуако // Автореф. дисс. на соиск. уч.ст. к.мед.н. Волгоград – 2013. – 27 с.
141. Хэтчер Р. Руководство по контрацепции / Р. Хэтчер– Нью-Йорк, 1994. - С. 127-152.
142. Чахоян А.О. Врач акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины / А.О.Чахоян // Дисс. на соиск. уч.ст. к.мед.н. Волгоград. 2011. – С. 44 – 45.
143. Чеботарева О.А. Нужен ли патернализм в современной российской медицине? / О.А.Чеботарёва // Гуманитарное образование и медицина, Т.62, выпуск 3, Волгоград, 2005,-с. 116-118.
144. Чеботарева, О.А. Традиция отношений врача и пациента в отечественной медицине / О.А.Чеботарёва, О.В.Мирошникова // Гуманитарное образование и медицина, Т.62, выпуск 3, Волгоград, 2005,-с. 118-125.
145. Человек и здравоохранение : правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. СПб., КАРО, 2001 – 288 с.

146. Черемушникова, И.К. Коммуникативная составляющая в оценке качества медицинской помощи / И.К.Черёмушникова // Гуманитарное образование и медицина, Т.62, выпуск 3, Волгоград, 2005,-с. 163-170.
147. Чибисова, М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины / М.Ю.Чибисова // Дис. канд. психол. наук,— Москва, 2003.- 272 с.
148. Чижова, В.М. Психологические механизмы взаимодействия в диаде «врач-пациент» / В.М.Чижова // Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения».- Волгоград, 2004.-с.152-155.
149. Чичерин, А., Зубкова Н., Глыбина Т. Охрана репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков на амбулаторно-поликлиническом этапе / А.Чичерин, Н.Зубков, Т.Глыбина // Врач. 1999. № 9. С. 21-22.
150. Шемаринов, Г.А. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины / Г.А. Шемаринов, М.В.Фролов, В.К. Овчаров – 2005. – N 3. – С. 8 – 11.
151. Щепин, О. П. Проблемы демографического развития России / О. П. Щепин Е. А. Тишук // Экономика здравоохранения. 2005. - №3. -С. 5-8.
152. Щепин, О.П. Основные направления деятельности общества организаторов здравоохранения по укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения России / О.П.Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. №2. – С. 5-10.
153. Этический кодекс российского врача (утв. 4-й Конф.Ассоц. Врачей России, Москва, ноябрь 1994г.): Права человека. -М., 2002.
154. Юридический словарь/Под ред. П.И.Кудрявцева. М., 1956. С. 92.
155. Ядов, В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / В.А.Ядов - 7-е изд. - М.: «Добросвет», 2003. - 596 с.
156. Ярыгин, О.А. Итоги работы акушерско – гинекологической службы г. Волгограда в 2004г. и перспективы развития / О.А.Ярыгин // Журнал практического врача акушера – гинеколога. 2005г. № 2 (10). С. 8 – 15.
157. Ясько, Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качеств врача / Б.А.Ясько // Психологический журнал.-2004.-Том 25, №3.-С.26-32.
158. “Journal of Social Policy”. 2000, V.20, P, 1, J-A. – Cambridge University Press, L.
159. Anastasie, A. Differential psychology / A. Anastasie, J.P. Foley - N. Y., 1949.
160. Anderson, E. Sex Codes and Family Life among Poor Inner-City Youth / E. Anderson // Annals of the American Academy of Political and Social Science. 1989. Vol. 501.
161. Anson, J. Gender and Health on the Kibbutz / J.Anson, A. Levenson, D.Y. Bonneh // Sex Roles. 1990. Vol. 22.
162. Avis, N.E. The Massachusetts Women’s Health Study: An Epidemiological Investigation of the Menopause / N.E. Avis, S.M. McKinlay // JAMVA. 1995. Vol. 50.
163. Barron, M. The Gender Identity as Total Rules.// M. Barron, R. Norris - N.Y., 1976.

164. Bell, S.E. The Medicalization of Menopause The Meaning of Menopause: Historical, Medical, and Clinical Perspectives Ed. by R./ S.E. Bell // Formanek. Hillsdale; N.J., 1990.
165. Berkman, L. Social Epidemiology./ L.Berkman, I.Kawachi - N. Y., 2000.
166. Black, D.R. Eating Disorders among Athletes. Reston, Va., 1991.
167. Breitbart, V. The Accessibility of Drug Treatment for Pregnant Women: A Survey of Programs in Five Cities / V. Breitbart, W. Chavkin, P.Wise // American Journal of Public Health. 1994. Vol. 84.
168. Brown, L.J. Differences in Net Incomes of Male and Female Owner General Practitioners / L.J. Brown, V. Lazar // Journal of the American Dental Association. 1998. Vol. 129.
169. Buckley, T. A Critical Appraisal of Theories of Menstrual Symbolism / T.Buckley, A. Gottlieb // Blood Magic: The Anthropology of Menstruation / Ed. by T. Buckley, A. Gottlieb. Berkeley, 1988.
170. Esmanuel, E.J. Four models of the physician-patient relationship / E.J. Esmanuel, L.L. Esmanuel / Ibid. - P.2221-2226. Decisions near the end of life. Council on Ethical and Juridicial Affairs, American Medical Association // JAMA. - 1992. - Vol. 267. - P.2229-2233.
171. http://www.pdf4.ru/text2256/Restruct_SZ.html // Режим доступа 19.04.2010.
172. Hulst, E.H. (2002). Empirical medical Ethics / E.H. Hulst // Journal of Medical Ethics, vol. 14, pp. 209 – 221.
173. Kreuter, M.W. Are Patients of Women Physicians Screened More Aggressively? A Prospective Study of Physician Gender and Screening / M.W. Kreuter, V.J. Strecher, R. Harris et al. // Journal of General Internal Medicine. 1995. Vol. 10.
174. Martius, H. : Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Fischer Lexikon, Vol. 3. Frankfurt / M. 1959, 55 – 80; Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1988. - 338 с.
175. Mead G. Mind, Self and Society. / G. Mead Mind - Chicago, 1974; Hess B. Sociology. 4-th ed. / B. Hess, E. Markson, P. Stein - N.Y.: Macmillian Publishing Co., 1991.
176. Merto, R.K. Social Theory and Social Structure. / R.K. Merton - Glencoe, 1987.
177. Mills, A.M. Guidelines for prescribing combined oral contraceptives. / A.M. Mills, C.L. Wilkinson, D.R. Bromham //- British Medical Journal. – 1998. Vol 312. – P. 121-122.
178. Oliveira, M. Problems associated with pill use during adolescence / M. Oliveira // Evidence-guided prescribing of the pill., 1995. – P. 325.
179. Parsons, T. Essays in Sociological Theory. / T. Parsons - NY, 1982; Parsons T. The Social System. / T. Parsons - Glencoe, 1951.
180. Peterson, H.B. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the US collaborative review of sterilization. / H.B. Peterson, Z. ughes Xia, I.S. Wilcox, J. Trussell // American Journal of Obstetric and Gynecology. -2002. –Vol. 174, - P. 1161-1170
181. Pines, D. Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality / D. Pines // British Journal of Medical Psychiatry. - V. 45. - 1992. - 43-333 p.;

182. Poplawski, N. Ethics and embryos /N. Poplawski, G. Gillett // Ibid. — 2001. — Vol. 22. — P. 78-82.
183. Poplawski, N. Ethics and embryos / N. Poplawski, G. Gillett // Sociological Approaches to Health and Medicine. — 1999. — Vol. 17. — P. 62-69.
184. Redmond, G. P. Health literacy and contraception / G. P. Redmond // Int. J. Fertil. Womens Med. -1998. —Vol.43, N 2. — P. 91-97;
185. Redmond, H.I. Emergency contraception / H.I. Redmond // Obstet Gynecol. - 1987. — Vol. 89. — P. 615.
186. Rosenberg, N.M. Fertility preferences, behaviors and unmet needs: a gap between urban and suburban parts of a city / N.M. Rosenberg // Contraception – 2000. – Vol. 60. – P. 321; Siroksi M. Eur. J. Contr. Repr. / M. Siroksi, H.Zrubek // Hum. Reprod – 1996.- Vol.2. – P.111- 201.
187. Schindler A.E. Comparative pharmacokinetics of oestradiol, oestrone, oestrone sulfate and «conjugated oestrogen» after oral administration / A.E. Schindler, H.M. Bolt, M. Awirner, -2002. - P. 787.
188. Schlesselman J.J. Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer in women in the United States. / J.J. Schlesselman //Obstetric and Gynecology, -2004, 85, 793-801.
189. Singer, P. Should the Baby Live? — Oxford / P.Singer, H.Kuhse // Oxford University Press, 2000.
190. Svensson, L. Contraceptive and acute salpingitis. / L. Svensson, L. Westrom, P.A. Mardh // JAMA. - 1994. – P.25.
191. The European J. Obstet and Reproductive Health Care - 2002. – Vol.2. - P.89-94.

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА СОЧИ

г. СОЧИ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2014

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

В г.Сочи работа по профилактике заболеваемости населения проводится комплексно, постоянно, планомерно, и выведена на качественно новый, высокий уровень.

В структуре профилактической службы города Сочи действуют следующие подразделения: городской центр медицинской профилактики – муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики» г.Сочи (далее – МБУЗ ЦМП), 7 кабинетов и 3 отделения медицинской профилактики в муниципальных бюджетных учреждениях здравоохранения, которые организованы по ЛПУ г.Сочи в соответствии с приказами и официальным оформлением врачей, ответственных за работу кабинетов, в остальных ЛПУ работа по медицинской профилактике ведется врачами на общественных началах.

МБУЗ ЦМП является ведущим организатором и координатором профилактической работы в городе и оказывает необходимую организационно-методическую помощь подразделениям службы.

Центр здоровья

В составе МБУЗ г. Сочи «Центр медицинской профилактики» действует консультативно-оздоровительное отделение (центр здоровья для взрослого населения). Количество посещений центра здоровья составило 2011 г. - 13 378 чел., 2012 г. - 14 875чел., 2013 г. – 14 605 человек. На конец 2013 года укомплектованность Центра здоровья штатами в целом составила 71 %, врачами 61 %, средним медицинским персоналом – 94 %. В 2013 г. в центре здоровья принято 14 605 человек. Охват населения осмотрами в центре здоровья составил в 2013 году 3,3% от общего количества жителей города (краевой показатель 3,4%). Среднее число посещений в день составило 53 чел. в день, что выше краевого показателя (47 чел.). Из всех посещений центра здоровья 6% составили повторные посещения для динамического наблюдения. Среди обследованных в центре здоровья признано здоровыми 19%, у остальных - 81% - выявлены факторы риска и функциональные расстройства различной степени выраженности. Все посетители центра здоровья получили рекомендации по профилактике факторов риска развития заболеваний, обучены основам здорового образа жизни. Из них 3058 посетителям (21%) было рекомендовано обратиться к участковому врачу по месту жительства для проведения необходимого дообследования, установки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, для лечения в стационар пациентов направлено не было.

Число посещений Центра здоровья

Обследование

2011 г.	2012 г.	2013 г.
13 378	14 875	14 605

Обследование + ЛФК + школы здоровья (МБУЗ г. Сочи «ЦМП»)

2011 г.	2012 г.	2013 г.
38 608	33 499	33 975

В 2013 г. в «Школах здоровья» МБУЗ г. Сочи «Центр медицинской профилактики» по рекомендациям врачей центра здоровья обучено 969 сочинцев. Во всех районах города на базе учреждений здравоохранения общей лечебной сети работают «Школы здоровья». Программы этих школ разработаны специалистами ГУЗ ЦМП. Всего за 2011 г. прошли обучение в «Школах здоровья» 18 711 жителей г. Сочи, за 2012 г. обучено 22 158 чел., за 2013 г. обучено 23 260 человек.

Издательская деятельность, работа со средствами массовой информации (СМИ)

Санитарно-просветительская работа среди населения является наиболее значимым направлением, определяющим успех профилактической работы. От качества и уровня компетентности информации по вопросам здоровья во многом зависит уровень здоровья, культуры и поведения населения.

Благодаря поддержке администрации г. Сочи для размещения достоверной информации по сохранению здоровья и широкого охвата населения активно привлекаются краевые и муниципальные СМИ, как на коммерческой основе, так и безвозмездно по социально востребованным тематикам.

На всех мероприятиях распространяется просветительская литература - буклеты и памятки для населения, разработанные специалистами МБУЗ г.Сочи «Центр медицинской профилактики» и ГБУЗ г.Краснодар «Центр медицинской профилактики».

Издательская деятельность службы медицинской профилактики за период 2011-2013 г.

Виды изданий	2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Кол-во видов	Общ. тираж	Кол-во видов	Общ. тираж	Кол-во видов	Общ. тираж
Материалы для медицинских работников	-	-	2 (методические материалы)	20	3 (методические материалы)	9 (комплектов)
Пропагандистские материалы для населения	28 (буклеты, памятки)	35 500	76 (буклеты, памятки), 1 брошюра	7100 100	56	5200

В 2011 г. всего распространено 84 450 буклетов и памяток для населения.

В 2012 г. - 49 159 экземпляра.

В 2013 г. - 38 859 экземпляров профилактической литературы.

Служба медицинской профилактики города использует все доступные каналы СМИ для популяризации среди населения отказа от вредных привычек. За период 2010-2012 г. сохраняется стабильно высокий уровень показателей взаимодействия с телевидением, радиостанциями и газетами.

Работа со СМИ службы медицинской профилактики за период 2011-2013 г.

Наименование мероприятий	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Передачи по телевидению	68	10	19
Радиопередачи	16	7	1
Публикации в прессе	63	43	18
Статьи на сайте	65	50	62

В МБУЗ г. Сочи «ЦМП» действует сайт учреждения (адрес сайта www.medprofsochi.ru), на котором регулярно размещаются статьи по темам проводимых «Дней здоровья», дней, установленных в мировом и общегосударственном масштабах, для проведения мероприятий по охране и укреплению здоровья населения, анонсы проводимых мероприятий и отчеты об итогах их проведения; новости МЗ КК. Всего за 2013 г. на сайте опубликовано 62 статьи. С каждым днем растет посещаемость сайта. Профилактические статьи и информация о проводимых массовых мероприятиях (в соответствии с темами «Дней здоровья», рекомендованными МЗ КК) также размещаются на городских сайтах МАКС-ПОРТАЛ, Приветсочи.ру, сайте МЗ КК. В 2013 г. всего статей, размещенных на сторонних интернет-ресурсах, - 14. В электронном журнале «European Journal of Medicine 2013, Vol.(1), №1» размещена статья «Current Problems of Food Safety in Terms of Russia Membership in World Trade Organization» («Современные проблемы безопасности питания в аспекте членства России во Всемирной Торговой организации»).

В 2013 г. видеофильмы и видеоролики по вопросам снижения рисков для здоровья и пропаганде здорового образа жизни демонстрировались при проведении выездных акций в объеме 2 показов видеофильмов и 260 выходов видеороликов (ежедневно в центре здоровья на экране плазменного телевизора демонстрируются в течении дня профилактические ролики).

Губернаторская стратегия «Будьте здоровы!» в действии

С 2008 г. в крае реализуется Губернаторская стратегия «Будьте здоровы!», включающая в себя комплекс мероприятий медицинской профилактики. На сегодняшний день стратегия объединяет 5 крупных профилактических проектов, направленных на формирование у жителей края навыков здорового образа жизни. В июле 2013 г. исполнилось 5 лет наиболее масштабному массовому краевому профилактическому проекту Губернаторской стратегии - «День здоровья на Кубани». Данный проект направлен на повышение мотивации населения к ведению здорового образа жизни, ответственности за собственное здоровье и максимально раннее (на доклинической стадии) выявление симптомов социально-значимых заболеваний. В медицинской части «праздника здоровья» проводятся скрининг-обследования населения и консультации врачей различного профиля. В обучающей (информационной) части - тематические викторины, лекции, показы профилактических видеофильмов, презентаций и т.д. В развлекательной части - выступления творческих коллективов, физкультурные состязания, конкурсы рисунков, посвященных теме «Дня здоровья» и т.д. Творческий и неформальный подход к вопросам профилактики и раннего выявления заболеваний и пропаганде здорового образа жизни в виде праздника здоровья нашли искренний отклик в сердцах сочинцев. Ежегодно количество обследованных жителей увеличивается.

Итоги проведения «Дней здоровья» за период 2011-2013 гг.

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Всего:
Число «Дней здоровья»	51	51	51	153
Приняло участие	41 249	42 304	43 894	127 447
осмотрено врачами (общее количество консультаций, выполненных разными специалистами)	51 562	45 881	49 048	146 491
Проведено исследований	28 460	26 102	38 900	93 462
выявлено заболеваний	2098	1862	2477	6437
в том числе: с повышенным АД	1926	1697	2223	5846
подозрений на	27	4	13	44

туберкулез			(в том числе 1 ребенок)	
подозрений на онкозаболевание	29	26	13	68
подозрений на сахарный диабет	116	135	105	356

За прошедшие три года во всех районах города Сочи проведено 153 «Дня здоровья». В праздниках «День здоровья» приняло участие 127 447 человек, то есть каждый третий житель нашего города! Более половины из них прошли медицинские обследования и консультации (общее количество выполненных консультаций выше числа участников – 146 491 чел., т. к. один и тот же человек мог получить консультации разных специалистов, принимающих участие в проведении «Дня здоровья»). Из числа обследованных сочинцев, у каждого пятого обследованного выявлены различные отклонения в состоянии здоровья. В среднем за 1 месяц на «Днях здоровья» в ЛПУ районов города Сочи проводится: 4087 врачебных консультаций; исследований - 3242, в том числе: 1780 исследований АД; 250 УЗ-исследований внутренних органов, из них в 50-60 случаях выявляется патология; 600 ЭКГ-исследований, из них в 200-250 случаях выявляется патология сердечно-сосудистой системы; 150-170 флюорографических исследований, при этом у 15-20 человек требуется дообследование; 200-300 исследований глюкозы крови, из них в 20-30 случаев выявляется гипергликемия. Всего в среднем за 1 месяц выявляется 700-800 случаев различной патологии, в том числе с подозрением на туберкулез 1-2 человека, с подозрением на онкологическое заболевание 1-2 человека.

В рамках губернаторской стратегии «Будьте здоровы!» и в соответствии с новыми политическими рекомендациями ВОЗ в Краснодарском крае в 2011-2013 г. реализовался проект «Здоровая Кубань: медицинские учреждения, свободные от табачного дыма».

Цель проекта - введение полного запрета на курение, продажу и рекламу табака и табачных изделий во всех учреждениях здравоохранения Краснодарского края для защиты персонала и пациентов от воздействия табачного дыма. В реализации проекта принимают участие все учреждения здравоохранения города Сочи, где изданы приказы, регламентирующие полный запрет табака, внесены соответствующие изменения в правила трудового распорядка, работают комиссии и ответственные лица по контролю за исполнением запрета. В 100 % учреждений здравоохранения регламентирован запрет на курение в закрытых помещениях. В 2013 г., в рамках реализации программы «Здоровая Кубань: медицинские учреждения, свободные от табачного дыма» МБУЗ г. Сочи «ЦМП» продублирована электронная рассылка по ЛПУ г. Сочи письма Минздравсоцразвития от 05.05.2012 № 14-3/10/1-2817 «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» и приложения к письму с методическими рекомендациями. Ведется контроль за выполнением пунктов приказа управления здравоохранения администрации города Сочи от 07.07.2011 № 513 «О запрете курения табака в учреждениях здравоохранения г. Сочи» в городских ЛПУ и оказание ЛПУ организационно-методической помощи. В городе создана система помощи населению в отказе от табака. В МБУЗ г. Сочи «ЦМП» работает «телефон доверия» (918) 101-81-60 по вопросам медицинской профилактики, по которому также можно получить консультацию по отказу от курения, записаться в «Школу отказа от курения». В ЛПУ города работают 11 кабинетов отказа от курения, в которых врачи предоставляют курящим пациентам консультации по мотивации к отказу от табака, а тем, кто желает отказаться - лечение никотиновой зависимости. Кабинеты отказа от курения посетили 1270 чел., из них сократили количество выкуриваемых сигарет - 650 пациентов, у 230 чел. отмечается ремиссия в течение 1 мес., у 170 - 3 мес., у 76 - 6 мес., 28 % пациентов после консультации врача отказались от дальнейшего лечения никотиновой зависимости.

В мае 2012 г. стартовал новый профилактический проект министерства здравоохранения Краснодарского края - «Кубань вне зависимости». Основной целью данной акции является формирование у населения региона мотивации на ведение здорового образа жизни, на отказ от вредных привычек.

С целью приближения профилактической и специализированной врачебной помощи жителям села с 2010 г. в крае используются выездные бригадные формы – проекты «Кардиодесант – отряд сердечного назначения. 5 миллионов здоровых сердец» и «Онкопатруль». Данные мероприятия направлены на повышение уровня доступности медицинской помощи профильных специалистов (кардиологов, онкологов, неврологов и др.) жителям отдаленных сел, аулов; раннее выявление у жителей сельских поселений соответствующих хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска и их профилактика. МБУЗ г. Сочи «ЦМП» организывает и проводит выезды «Автобуса здоровья» в рамках реализации мероприятий краевых программ «Кардиодесант» и «Онкопатруль», координирует работу городских ЛПУ при проведении ими выездных мероприятий в отдаленные села и горные аулы с участием специалистов центра здоровья и ЛПУ - профильных или тех, кто территориально обслуживает села и аулы, куда выезжает автобус здоровья. В рамках реализации этих проектов в 2013 г. автобус здоровья выезжал в

- Лазаревский район г. Сочи: аул Хаджико, где также были осмотрены специалистами жители аулов Калез, Тхагапш и Б. Кичмай, п. Лазаревское.
- Хостинский район г. Сочи: специалистами «Автобуса здоровья» оказаны медицинские услуги жителям села Прогресс.
- Адлерский район г. Сочи: выездные акции проведены в поселке Красная Поляна.

В рамках проведения акций «Кардиодесант» в отдаленных поселках города Сочи в 2013 г. обследовано 220 сельских жителей, выявлено патологических состояний - 116 (52,76 %), в том числе артериальная гипертензия - 45, ИБС - 42, сахарный диабет - 3, узловой зоб - 2, морбидное ожирение - 24. В результате, по медицинским показаниям, все нуждающиеся в лечении получили направления в ЛПУ г. Сочи дальнейшего обследования и лечения.

В рамках проведения акций «Онкопатруль» специалистами ГБУЗ «Онкологический диспансер № 2» проведены дни открытого приема на территории г. Сочи, в п. Лазаревское, при их проведении всего осмотрено 618 человек, у которых выявлено 17 случаев ЗНО визуально доступных локализаций и 87 случаев предраковых заболеваний.

Кроме этого, МБУЗ г. Сочи «ЦМП» проводит выездные акции на центральных площадях и улицах города, на пляжах, в парках, на городских выставках; принимает участие в массовых акциях, организуемых управлением здравоохранения администрации города Сочи, с привлечением к участию всех ЛПУ города. В рамках выполнения поручения заместителя Главы города Сочи И.В. Романаец об организации работы социальных клубов в течение всего года, в соответствии с графиками работы социально-культурных центров Центрального и Адлерского районов г. Сочи специалисты МБУЗ г. Сочи «ЦМП» выезжали в РДК «Юбилейный», РДК «Адлер», ДК сёл: Молдовка, Орел-Изумруд, Эсто-Садок, п. Солох-Аул. Цель выездных акций - пропаганда здорового образа жизни, профилактика вредных привычек (табакокурения, потребления алкоголя), наркомании, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. За 2011 г. МБУЗ г. Сочи «ЦМП» проведено всего выездных мероприятий - 75, в них приняло участие 68 187 человек. За 2012 г. проведено 48 выездных мероприятий, в которых приняло участие 17 490 человек. За 2013 г. проведено 41 выездное мероприятие, в которых приняло участие 12 730 человек. Во время проведения выездных мероприятий обследовано более 700 сочинцев.

Уровень информированности населения о здоровом образе жизни и профилактике неинфекционных заболеваний

Санитарно-просветительская работа среди жителей г. Сочи с использованием различных методов и средств способствовала увеличению информированности населения (по результатам данных социологического опроса, и блиц-опроса, проведенных МБУЗ г. Сочи «ЦМП» в 2013 г. среди населения г. Сочи) по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, осведомленности населения города Сочи о нормальных уровнях общего холестерина и глюкозы в крови, нормальном уровне АД, об отрицательном влиянии табакокурения на организм человека и о медицинских услугах, предоставляемых в центре здоровья города Сочи.

Так, информированность населения по вопросам здорового образа жизни, рационального питания, физической активности, о вреде табакокурения и других вредных привычек выросла с 75 % в 2012 г. до 79 % в 2013 г. по сравнению с аналогичным анкетированием. Однако, следует отметить, что уровень знаний показаний нормы АД, уровня холестерина и глюкозы в крови составляет 54,5 % от числа респондентов. На данный аспект следует обратить внимание медицинской профилактической службе города.

Лекции по вопросам здоровья или школы медицинских знаний не реже 1 раза в год посетили 16% опрошенных (в 2012 г. - 14%), читают брошюры и памятки о здоровье не реже 1 раза в месяц 18 % (2012 г. - 15%) и 57 % не реже 1 раза в год (2012г. – 54 %). Видели на краевых и/или местных телеканалах медицинские программы и видеоролики, посвященные различным аспектам формирования здорового образа жизни в течение последнего месяца 29 % опрошенных (2012 г. - 27 %).

Совершенствование профилактической работы и перспективы развития в 2014 году

На сегодняшний день перед городской службой медицинской профилактики стоит целый ряд задач по продолжению формирования здорового образа жизни, ответственного отношения к своему здоровью жителей города Сочи, а также дальнейшему развитию под руководством министерства здравоохранения Краснодарского края, администрации города Сочи, в тесном взаимодействии специалистами муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения первичного звена по эффективному проведению диспансеризации и профилактических осмотров.

Совершенствование профилактического направления

Амбулаторно-поликлиническое звено является основной базой для широкого внедрения и тиражирования профилактических мероприятий с целью формирования у населения здорового образа жизни.

Важным профилактическим направлением амбулаторно-поликлинической помощи населению является проведение медицинских осмотров: периодических, предварительных, всеобщей диспансеризации, осмотров декретированных групп, что приведет к выявлению заболеваний на ранних стадиях, улучшит настороженность врачей первичного звена на выявление социально-значимых заболеваний.

Амбулаторно-поликлиническое звено организует и проводит всеобщую диспансеризацию.

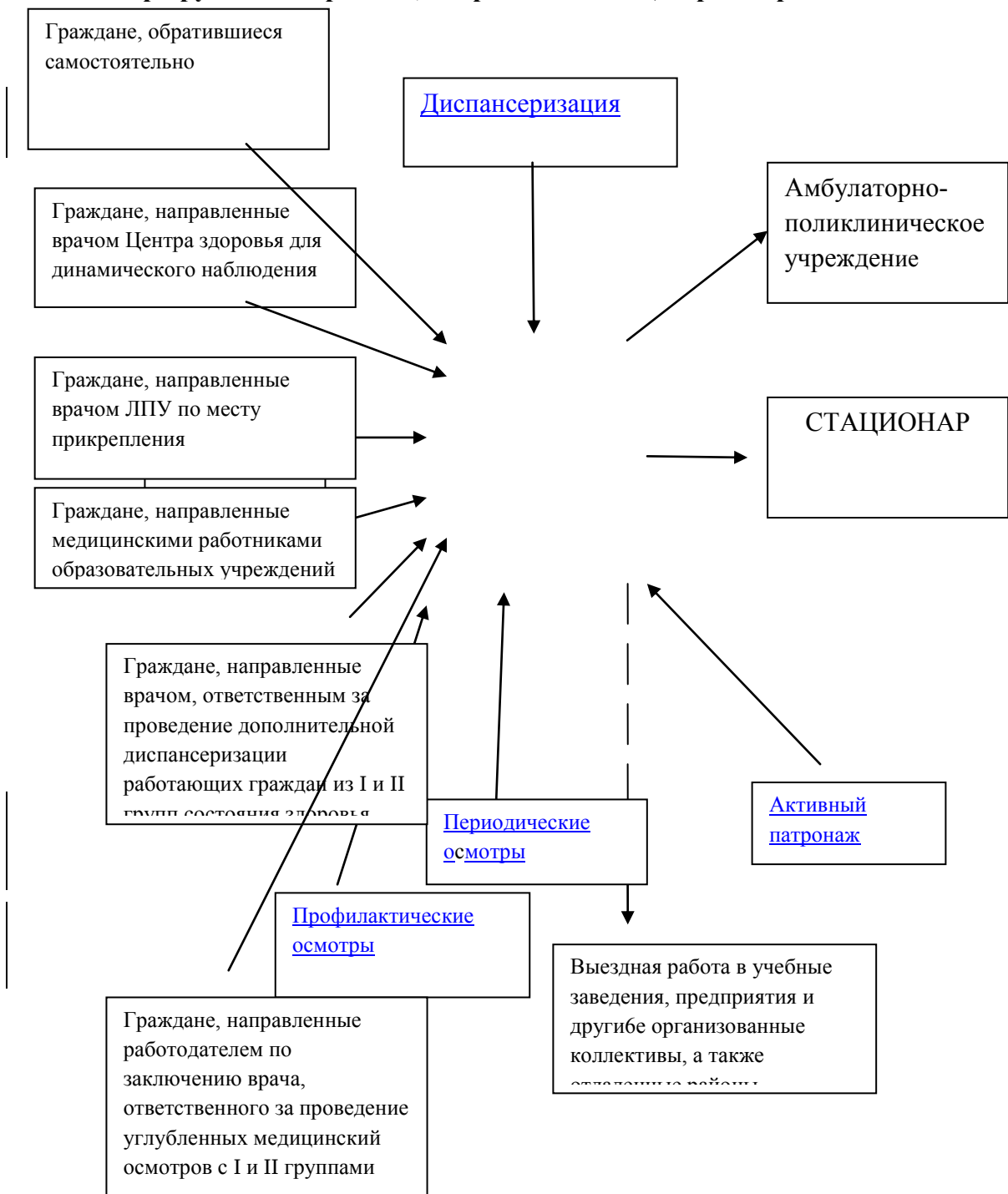
В целях повышения мотивации населения к здоровому образу жизни, по результатам осмотров всем гражданам, прошедшим диспансеризацию, на руки выдается «Паспорт здоровья» с результатами обследований, позволяющий контролировать динамику основных показателей, характеризующих состояние здоровья лица, прошедшего диспансеризацию.

В ходе диспансеризации граждане с 1-2 группой здоровья, с выявленными факторами риска направляются в центры здоровья с целью разработки индивидуального плана профилактических мероприятий.

Деятельность центра здоровья направлена на формирование идеологии здорового образа жизни, воздействие на управляемые факторы риска, прежде всего факторы поведения, привычки через информацию и обеспечение активных форм участия

самого населения, внедрение методов антиалкогольного и антинаркотического воспитания личности.

Маршрутизация граждан, направленных в Центры здоровья



Медицинскими работниками центра здоровья регулярно проводятся выступления с информацией о деятельности центров в ЛПУ, привлекаются для проведения обследования коллективы предприятий, организаций, учреждений, студенты учебных заведений.

Специалисты центра здоровья активно участвуют в подготовке материалов по здоровому образу жизни для публикаций в СМИ, в акциях, направленных на привлечение внимания к проблемам профилактики и формирования здорового образа жизни, повышение знаний населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах,

выявление лиц с факторами риска развития заболеваний. Планируется дальнейшее расширение данной работы, в том числе на каналах местного телевидения.

В дальнейшем будет активизировано направление пациентов в Центр здоровья с выявленными факторами риска в ходе дополнительной диспансеризации работающих граждан.

В 2013 году на оснащении учреждений здравоохранения города 5 компьютерных томографов и 3 магнитно-резонансных томографа, УЗИ-аппараты экспертного класса, цифровые рентген-аппараты, лучевые терапевтические установки, лабораторные комплексы-инкубаторы для новорожденных и другое современное оборудование.

Определены площадки для внедрения концепции реабилитационно-восстановительной медицины – МБУЗ г. Сочи «Центр медицинской профилактики», МБУЗ г. Сочи «Городская больница №8», МБУЗ г. Сочи «Городская больница №4», МБУЗ г. Сочи «Городская больница №9», МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №1». Главными врачами наших медицинских учреждений уже подписаны соглашения о сотрудничестве с кафедрой «Восстановительной медицины, физиотерапии и спортивной медицины» Кубанского государственного медицинского университета. Названные ЛПУ получают статус клинических учреждений.

Целью открытия отделений реабилитации является дальнейшее использование больным наиболее эффективного и доступного арсенала тренировочных средств для возможно полной компенсации утраченных функций восстановления здоровья и работоспособности. Отделение будет являться структурным подразделением больницы, обеспечивающим квалифицированной стационарной помощью прикрепленное население, центром организационно-методического руководства по вопросам медицинской реабилитации для других учреждений в районе его деятельности.

С учетом уже сложившейся структуры олимпийских объектов, коечного фонда и профиля ЛПУ можно определить пути и направления реструктуризации учреждений здравоохранения Сочи.

В 1 кв. 2014 года в Городской больнице №4 будет введен в строй уникальный травмо-хирургический корпус на 300 коек, не уступающий по оснащению лучшим клиникам России, а в Краевой больнице №4 начал работу хирургический корпус на 40 коек, также оснащенный самым современным оборудованием. Потоки пациентов хирургического профиля из Хостинского и Адлерского районов будут переориентированы в Краевую больницу №4.

В Городской больнице №3 (Хоста) отделения травматологии и урологии (100 коек) в 3 кв. 2014 года будут перепрофилированы в реабилитационные. Из них, 15 коек будут иметь паллиативный профиль.

Основной профиль реабилитации в Городской больнице №3 - сосудистая неврология, таким образом, будет создана база долечивания и реабилитации для пациентов с ОНМК, помощь которым была оказана в первичном сосудистом отделении на базе Городской больницы №4.

В Городской больнице №8 (Красная Поляна) уже в 2012 году создано отделение реабилитации, однако до вступления в силу закона Краснодарского края о Территориальной программе государственных гарантий, отделение могло работать только на хозрасчетной основе. В 2014 году планируется выделение 20 реабилитационных коек ОМС из 70 терапевтических.

Городская больница №5 (Дагомыс) – планируется открытие реабилитационного отделения на 40 коек по профилю кардиология и травматология (20+20) на базе терапевтических (43) и хирургических (40) коек, в том числе, выделятся 5 коек паллиативного профиля. Развитие паллиативной помощи будет осуществляться на базе отделения сестринского ухода.

Городская больница №2 послужит основой для создания урологического центра. 110 хирургических коек ГБ2 с 2014 года будут функционировать на базе травмо-хирургического корпуса ГБ№4 (30 сосудистых, 30 колопроктологических, 50 хирургических) Освободившийся корпус будет использован, с учетом специфики и кадрового состава ЛПУ, для пациентов гастроэнтерологического и эндокринологического профилей. Кроме того, из 40 коек дневного стационара 20 будут перепрофилированы в «хирургический стационар одного дня».

В Городской больнице №4 и Городская больница №9 на базе амбулаторно-поликлинических отделений и в Городской поликлинике №1 и Городской поликлинике №5 откроют кабинеты врача физиотерапевта-реабилитолога в 4-м квартале 2014 года. Основной задачей этих специалистов будет определение показаний для лечения с использованием природных и преформированных физических факторов (Мацеста).

В настоящее время разрабатываются и апробируются стандарты оказания реабилитационной помощи больным с заболеваниями периферической и центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы, травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Оказание помощи по медицинской реабилитации осуществляется в рамках своей компетенции специалистами прошедшими повышение квалификации (последипломное усовершенствование) по организации и методам реабилитационного лечения, специальную подготовку по физиотерапии, лечебной физкультуре. К настоящему времени 15 врачей-специалистов прошли обучение на кафедре «Восстановительной медицины, физиотерапии и спортивной медицины» Кубанского государственного медицинского университета. Таким образом, койки реабилитационного профиля обеспечены врачами-специалистами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.**Анкета для врачей акушеров-гинекологов**

Глубокоуважаемый коллега! Просим Вас принять участие в анкетировании, ответив на перечисленные ниже вопросы.

1. **Ваш пол:** а) мужчина; б) женщина;
2. **Ваш возраст** (число полных лет): _____
3. **Место жительства:** а) город края; б) сельская местность; в) г. Краснодар
4. **Ваше место работы:** а) роддом; б) гин. отделение; в) женская консультация; г) поликлиника (смотровой кабинет); д) поликлиника – консультативный прием е) участковая больница ж) врачебная амбулатория з) частная клиника
5. **Занимаемая должность:** а) врач акушер-гинеколог; б) зав. отделением _____; в) зав. ЖК; г) главный врач д) районный акушер-гинеколог е) другое _____
6. **Стаж работы:** _____ лет а) до 5 лет; б) 5-10; в) 11-20; г) 21-30; д) свыше 30 лет
7. **Наличие квалификационной категории по специальности:** а) высшая; б) первая; в) вторая; г) нет
8. **Совмещаете ли Вы работу в 2 и более ЛПУ?:** а) да _____; б) нет; в) совмещаю с работой в частной клинике (на частном приеме) г) другое _____
9. **Если совмещаете, то по какой причине?:** а) по материальным соображениям; б) для получения разного практического опыта; в) наличия свободного времени г) другое _____
10. **Семейное положение:** а) брак зарегистрированный, по счету _____ ; б) гражданский брак, по счету _____ ; в) разведен(а) – по счету _____ ;
11. **Отношения в браке:** а) гармоничные; б) конфликтные; в) холодно-безразличные г) другое _____
12. **Всего детей:** _____;
13. **Как в целом Вы оцениваете состояние своего здоровья?:** а) очень хорошее б) хорошее в) удовлетворительное; г) плохое; д) очень плохое; е) затрудняюсь ответить;
- 14.
15. **К каким заболеваниям Вы склонны (или имеете какие заболевания)?**
Можно указать несколько вариантов ответа: а) Простудные (ОРЗ, ОРВИ); б) Сердечно-сосудистые; в) Онкологические; г) Бронхо-легочные (астма, хронический бронхит и др.); д) Лор-органов (хронический тонзиллит, фарингит и др.); е) Органов зрения; ж) Желудочно-кишечные; з) Эндокринные; и) Нервной системы; к) Опорно-двигательного аппарата (радикулит и др.) л) Другие заболевания, *укажите* _____
16. **В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?:** а) очень забочусь; б) в основном забочусь; в) мало забочусь; г) совсем не забочусь; д) затрудняюсь ответить;
17. **Проходили ли Вы в течение последних двух лет диспансеризацию** (мед. обследование с участием разных специалистов) с целью контроля состояния Вашего здоровья?: а) да, проходил; б) да, анализы сдал(а), но проходил формально, специалисты не смотрели в) да, но анализы не сдавал(а), специалистами не осматривал(ась) б) нет, не проходил(а);

- 18. В случае наличия заболевания, обычно каким образом Вы лечитесь?** *Можно указать несколько вариантов ответа.*
 а) Обращаюсь к врачам в гос. учреждение; б) Обращаюсь к врачам в частную клинику; в) Обращаюсь за советом к коллегам по работе без оформления мед. документов; г) Советуюсь со знакомыми врачами по телефону д) Обращаюсь к людям, лечащим нетрадиционными средствами; е) Лечусь самостоятельно, применяя лекарства и «народные» средства; ж) Ищу ответ и методы лечения в интернете; з) Лечусь тем, что предложат в аптеке; и) Ничего не делаю
- 19. Как часто вы ходите на осмотр к стоматологу:** а) Профилактически 1 раз в 6 мес.; б) 1 раз в год; в) Реже 1 раза в год; г) Только с острой болью; д) Только по необходимости
 е) Другое _____
- 20. Приходится ли Вам отказываться от необходимых мед. услуг или лекарств из-за недостатка денег?** а) Да; б) Нет в) Иногда г) Очень редко
- 21. Интересуются ли Ваши пациентки вопросами здорового образа жизни?** а) Очень интересуются; б) Скорее интересуются, чем нет; в) Скорее не интересуются; г) Совсем не интересуются; д) Затрудняюсь ответить
- 22. Какой основной смысл Вы вкладываете в понятие «здоровый образ жизни»?** *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа.* а) Правильное сочетание труда и отдыха; б) Рациональное питание; в) Достаточный и здоровый сон; г) Занятия физкультурой, спортом, закаливание; д) Регулярный отдых в отпуске; е) Пребывание на свежем воздухе, на природе; ж) Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем и др.); з) Своевременное обращение в медучреждения для предупреждения заболеваний; и) Соблюдение личной гигиены; к) Регулярный и безопасный секс; л) Доброжелательные отношения в семье, с коллегами по работе; м) Культурное проведение досуга, духовное развитие; н) другое, укажите сами _____
 о) Затрудняюсь ответить
- 23. Какой основной смысл по Вашему мнению Ваши пациентки вкладывают в понятие «здоровый образ жизни»?** *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа.* а) Правильное сочетание труда и отдыха; б) Рациональное питание; в) Достаточный и здоровый сон; г) Занятия физкультурой, спортом, закаливание; д) Регулярный отдых в отпуске; е) Пребывание на свежем воздухе, на природе; ж) Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем и др.); з) Своевременное обращение в медучреждения для предупреждения заболеваний; и) Соблюдение личной гигиены; к) Регулярный и безопасный секс; л) Доброжелательные отношения в семье, с коллегами по работе; м) Культурное проведение досуга, духовное развитие; н) другое, укажите сами _____
 о) Затрудняюсь ответить
- 24. Можете ли Вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?** а) Да; б) Скорее да, чем нет;
 в) Скорее нет, чем да; г) Нет; д) Затрудняюсь ответить
- 25. Если Вы стремитесь к здоровому образу жизни, в чем это проявляется?** *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа.*
 а) Отдыхаю в выходные и праздничные дни; б) Регулярно прохожу профилактические медосмотры; в) Гуляю на свежем воздухе в будничные дни; г) Правильно питаюсь; д) Соблюдаю личную гигиену е) закаляюсь; ж) Соблюдаю режим дня; з) Посещаю сауну (русскую или иную баню); и) Избегаю вредных привычек, стараюсь от них избавиться; к) Принимаю витамины, лекарства, использую народную медицину; л) Занимаюсь физкультурой, спортом или йогой, аэробикой; м) Отдыхаю в пансионатах, санаториях, в туристических поездках и

др.; н)Посещаю культурные учреждения (театры, музеи и т.д.); о)Избегаю конфликтных ситуаций; п) Другое, укажите сами

- 26. Если Вы ведете здоровый образ жизни, что Вас к этому побуждает? Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа:** а) Необходимость поддерживать работоспособность; б) Необходимость укреплять не очень хорошее здоровье; в) Желание хорошо выглядеть; г) Желание быть культурным человеком; д) Привычка; е) Делаю это за компанию с близкими людьми, друзьями; ж) Служебная необходимость; з) Желание сохранять здоровье и прожить долгую жизнь; и) Получаю поощрения на работе; к) другое, укажите сами

- 27. Если Вы не ведете здоровый образ жизни, что мешает Вам это делать? Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа:** а) Большая нагрузка на работе; б)Много домашних дел; в)Усталость; г)Лень; д)Тип (черты) характера; е)Нехватка времени; ж)Плохие условия жилья; з)Отсутствие убеждения, нужных знаний, информации; и)Нехватка денег; к)Вредные привычки; л)Отсутствие возможностей заниматься физкультурой, спортом; м)Нет необходимости; н) Другое, укажите сами
о)затрудняюсь ответить

- 28. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале, степень важности для Вас**

	Жизненные ориентиры	Баллы				
		1	2	3	4	5
1	Материальное благополучие	1	2	3	4	5
2	Хорошая семья	1	2	3	4	5
3	Дети	1	2	3	4	5
4	Крепкое здоровье	1	2	3	4	5
5	Интересная работа	1	2	3	4	5
6	Высокий уровень образования	1	2	3	4	5
7	Духовное развитие	1	2	3	4	5

следующих жизненных ориентиров. Укажите, ответ в каждой строке таблицы, имея в виду, что «1» означает совсем не важно, а «5» - очень важно.

Напротив каждого высказывания отметьте цифру, соответствующую утверждению

- 29. Как обычно Вы проводите свое свободное время? Можно отметить несколько вариантов ответа:** а) Занимаюсь физической культурой, спортом; б) Что-нибудь делаю на даче (приусадебном участке); в)Отсыпаюсь; г)Стараюсь ничего не делать; д)Расслабляюсь; е)Смотрю телепередачи, видеофильмы, слушаю музыку; ж)Посещаю зрелищные мероприятия, хожу в кино; з) Посещаю музеи, театры; и) Читаю книги, журналы, газеты; к)Провожу время за компьютером; л)Занимаюсь любимым делом (коллекционированием, рисованием, фото и т.д.); м) Общаюсь с родственниками н) Общаюсь с друзьями о)Другой вид отдыха, укажите сами

- 30. Чем Вы руководствуетесь при выборе продуктов питания в первую очередь? Можно отметить не более трех вариантов ответа:** а)Пользой для здоровья; б) Привычкой; в)Вкусовыми качествами; г)Рекламой продукции; д)Лёгкостью приготовления; е)Стоимостью; ж) Качеством товара; з) Другое

31. Как часто в основном обращаются на прием пациентки к акушерам-гинекологам а) регулярно 1 раз в год; б) регулярно 1 раз в 2 года; в) реже 1 раза в 2 года; г) чаще 1 раза в год, но только в связи с имеющимся заболеванием; д) только в связи с жалобами
32. Ваше отношение к курению: а) отрицательное; б) крайне отрицательное в) безразличное; г) положительное; д) сам(а) курю;
33. Ваше отношение к алкоголю: а) отрицательное; б) крайне отрицательное в) безразличное; г) положительное; д) сам(а) курю _____ лет;
34. Если Вы регулярно курите что Вас к этому побуждает? Можно отметить несколько вариантов ответа: а) Без этого просто невозможно жить; б) По привычке; в) Этого требует сложившаяся практика на работе; г) Из-за недостатка воли бросить курение, д) Это успокаивает, доставляет удовольствие; е) Потому что так поступают в моем окружении; ж) Это украшает отдых; з) Придает силы в работе; и) Затрудняюсь ответить; к) Другое, укажите _____
35. Предохраняетесь Вы от нежелательной беременности? (женщины): а) да; б) нет
36. Если да, то какой метод контрацепции Вы используете?: а) КОК; б) чистые прогестиновые контрацептивы; в) ВМС; г) ВМС с левоноргестрелом; е) экстренную контрацепцию; д) презерватив; е) прерванный половой акт и воздержание в фертильный период; ж) химические методы;
37. Размер заработной платы по основному месту работы (тыс. рублей): а) до 5 тыс. рублей; б) 5- 10 ; б) 11-15; в) 16-20; д) 21-25; е) 26-30; ж) 31 – 40 ; з) более 40
38. Желаемый размер заработной платы (тыс. рублей): а) 10-15; б) 16-20; в) 21-25; г) 26-30; д) 31- 40; е) более 40;
39. Ваше преобладающее настроение на работе: а) ровное; б) неустойчивое; в) приподнятое; г) тоскливое; д) раздражительно-гневливое;
40. Отношения с коллегами на работе: а) спокойные; б) конфликтные; в) соревновательские;
41. Удовлетворенность выполняемой работой: а) да полностью; б) да, частично в) нет; г) затрудняюсь ответить;
42. Причина неудовлетворенности работой: а) загруженность; б) большое количество бумажной работы; в) необоснованные завышенные требования пациентов; г) отсутствие возможности полноценно обследовать пациенток по программе ОМС; д) размер заработной платы; е) не люблю свою работу; ж) др. причины (укажите): _____
43. Что приносит Вам наибольшее удовлетворение в работе?

44. Что Вы считаете самым неприятным или ненужным в работе врача акушера-гинеколога _____ (на _____ Вашем _____ рабочем месте _____)

	Утверждение	Редко	Иногда	Часто
1	На работе и в семье я испытываю враждебность и гнев	1	2	3
2	Я замечаю, что становлюсь все более черствым и равнодушным к своим коллегам,	1	2	3

	родным и друзьям			
3	Я замечаю, что становлюсь все более черствым и равнодушным к своим пациентам	1	2	3
4	Работа, как и сама жизнь, стала утомительной, скучной и монотонной	1	2	3
5	Я чувствую, что не расту профессионально	1	2	3
6	Я постоянно спрашиваю себя, подходит ли мне моя работа	1	2	3
7	Каждое утро я просыпаюсь с чувством «не знаю, смогу ли я выдержать еще один день?»	1	2	3
8	По-моему, на работе никого не интересует, что я делаю	1	2	3
9	Я замечаю, что меньше занимаюсь работой, в основном, стараюсь отклониться от нее	1	2	3

45. Отметьте в каждой строке частоту наиболее соответствующую утверждению

Высказывание	Вполне удовлетворен(а)	Удовлетворен(а)	Не вполне удовлетворен(а)	Не удовлетворен(а)	Крайне не удовлетворен(а)
Ваша удовлетворенность ЛПУ, где Вы работаете	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность условиями труда (комфорт рабочего места, оснащенность)	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность самой работой	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность стилем руководства	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность профессиональной компетенцией своей	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность зарплатой, в смысле соответствия вашим трудозатратам	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность зарплатой, в сравнении с тем, что за эту же работу платят в других местах	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность возможностью продвижения по службе	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность тем, что на работе Вы можете использовать все свои возможности	1	2	3	4	5
Ваша удовлетворенность длительностью рабочего дня	1	2	3	4	5
Высказывание	Конечно «да»	Вероятно «да»	Не знаю	Вероятно «нет»	Конечно «нет»

Если бы у Вас был выбор, проработали бы Вы здесь еще 5 лет?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

46. Что вас удерживает на этой работе (отметить значимые критерии): 1. Гарантированная зарплата; 2. Социальные льготы; 3. Стабильность; 4. Интересная работа; 5. Приобретение практического опыта; 6. Хороший, дружный коллектив; 7. Личность руководителя; 8. Профессиональный рост; 9. Сила привычки (опасение менять что-либо в своей жизни); 10. Возможность дальнейшего образования; 11. Признание; 12. Служебный рост 13. Другое _____

47. Что Вам очень мешает в Вашей работе на данный момент (отметить значимые пункты):

№	Вопрос	Да
1	Отрицательное влияние работы на состояние здоровья	
2	Большой объем работы	
3	Низкая заработная плата	
4	Отсутствие финансовых стимулов в работе	
5	Большая нагрузка в связи с вынужденным совмещением в разных ЛПУ, включая частные	
6	Не соответствующие современным требованиям условия труда	
7	Отсутствие перспективы служебного роста	
8	Стиль управления руководителя	
9	Конфликты в коллективе, «нездоровая» обстановка в коллективе	
10	Конфликты с руководством	
11	Конфликты с пациентами	
12	Очень конфликтные больные	
13	Необоснованно завышенные требования пациентов	
14	Большое количество необоснованных жалоб и претензий со стороны пациенток	
15	Большое количество задаваемых вопросов со стороны пациенток и их родственников	
16	Невозможность проявить себя на работе	
17	Отсутствие четких клинических протоколов и стандартов оказания помощи	
18	Большое число проверок различных контролирующих органов	
19	Другое	

48. Напротив каждого высказывания отметьте цифру, соответствующую утверждению
Постарайтесь как можно более точно определить степень своего согласия с каждым из высказываний, указанным в таблице.

№	Вопрос	Да	Не т	Не всегда	Не задумывался
	Меня побуждает к работе потребность материального обеспечения	1	2	3	4
	Я стремлюсь быть лидером в работе	1	2	3	4
	Моя деятельность для меня - средство самоутверждения	1	2	3	4

	Меня побуждает к работе чувство (понимание) нужности людям результатов моего труда	1	2	3	4
	Моя активность в работе связана со стремлением занять определенную должность	1	2	3	4
	Я работаю потому, что мне интересно	1	2	3	4
	Я работаю из-за желания оправдать надежды, которые на меня возлагают люди	1	2	3	4
	Я работаю ради собственного удовлетворения, ничего другого не умею делать	1	2	3	4
	Я активно работаю из-за любознательности	1	2	3	4
	Меня побуждает к работе стремление стать признанным специалистом	1	2	3	4
	К работе меня побуждает стремление заслужить уважение коллег	1	2	3	4
	Я работаю, потому что это престижно	1	2	3	4

49. Какие аспекты работы акушерско-гинекологической службы, по Вашему мнению, нуждаются в пересмотре?

50. Количество абортс уменьшилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?: а) хорошая работа акушерско-гинекологической службы по планированию семьи; б) работа СМИ по профилактике абортс; в) применение гормональной контрацепции; г) отток пациенток в частные клиники; д) повышение уровня осознанности и ответственности у женщин; е) повышение уровня просвещенности у женщин ж) другое _____;

51. Количество абортс увеличилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?: а) плохая работа акушерско-гинекологической службы; б) недостаточная информированность пациенток; в) низкий уровень жизни, не позволяющий иметь большее количество детей; г) высокая стоимость КОК; д) безответственное отношение пациенток к своему здоровью е) другое _____;

52. Количество родов увеличилось в Вашей территории, если да, то по какой причине?: а) благодаря работе акушерско-гинекологической службе по планированию семьи; б) улучшилось материальное положение населения; в) увеличились льготы для семей имеющих детей; д) увеличение рождаемости носит временный характер; е) другое _____;

53. Что по Вашему мнению в настоящее время влияет отрицательно на качество оказания акушерско-гинекологической помощи:
 большая степень износа медицинского оборудования;
 плохая оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием;
 не укомплектованность поликлиник общего профиля врачами;
 отсутствие возможности оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь женщинам в требующихся объемах;
 плохое состояние (большая степень износа) зданий медицинских учреждений;

необходимость проведения капитального ремонта здания Вашего мед.учреждения;
 несовершенство системы обязательного медицинского страхования;
 низкие тарифы ОМС;
 существенное недофинансирование стационарной медицинской помощи через ОМС;
 слабая социальная защищенность медицинских работников;
 нерешенность жилищных проблем врачей;
 низкие зарплаты врачей, не вошедших в программу национального проекта
 старение медицинских кадров;
 недостаточное количество выделяемых денежных средств для содержание мед. учреждения;
 недостаточное количество выделяемых денежных средств на ремонт мед. учреждения;
 отсутствие аптечных пунктов вблизи мед.учреждения;
 ограниченные возможности для организации системного посещения специалистов других медицинских специальностей: эндокринолога, уролога, хирурга, невролога, дерматолога, кардиолога и т.д.
 несерьезное отношение женщин к своему здоровью, несоблюдение рекомендаций врача.
 Другое _____

-
- 54. Как часто Вы обращаете внимание женщины фертильного возраста на необходимость посещения специалистов других медицинских специальностей?:** а) часто; б) редко; в) никогда; г) не вижу в этом необходимости, я занимаюсь и отвечаю только за свою работу;
- 55. Как часто при обращении женщины Вы выявили экстрагенитальную патологию и отправили на консультацию к другому специалисту?:** 1) часто; б) редко; в) никогда (потому что не обнаружили); г)никогда (потому что не стремились выявить);
- 56. Каково по Вашему мнению отношение женского населения к акушерско-гинекологической службе?:** а) *положительное*; б) *отрицательное*; в) *другое* _____
-
- 57. На сколько серьезно, на Ваш взгляд, женщины относятся к вопросу планирования беременности:** а) большинство-достаточно серьезно; б) большинство-достаточно несерьезно; в) большинство беременностей наступает незапланированно «случайно».
- 58. На сколько серьезно, на Ваш взгляд, женщины фертильного возраста относятся к своему здоровью вообще:** а) большинство-достаточно серьезно; б) большинство-достаточно несерьезно

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ

АНКЕТА

Убедительно просим Вас ответить на все поставленные вопросы, отметить выбранные, либо вписать недостающие ответы. Вариантов ответов, выбранных Вами, на каждый вопрос может быть несколько. Анкета анонимная и не требует указания Вашей фамилии.

1. **Ваш возраст** а) 18-22; б) 22-30; в) 30-39; г) 40-49;
2. **Место жительства:** а) город; б) сельская местность;
3. **Национальность** _____;
4. **Род занятий:** 1) учащаяся, 2) студентка, 3) рабочая, 5) служащая, 6) частный предприниматель, 7) домохозяйка, 10) другое (вписать) _____;
5. **Место работы и профессия** _____;
6. **Стаж работы:** а) до 5 лет; б) 5-10; в) 11-20; г) 21-30;
7. **Профвредности на работе и другие факторы:** 1) тяжести, 2) холодные помещения, 3) высокая температура, 4) компьютер (____ часов), 5) работа «на ногах», 6) работа на транспорте, 7) электромагнитное и другие виды излучения, 8) работа в ночное время
9) шумы, 10) вибрации, 11) работа с вредными химическими компонентами, 12) другое

(указать) _____
_____;

8. **Образование:** 1) начальное, 2) незаконченное среднее, 3) среднее, 4) незаконченное высшее, 5) высшее, 6) 2 и более высших
9. **Если домохозяйка,** то сколько лет _____
10. **В настоящее время живете:** 1) частный дом, 2) снимаю частный дом, 3) коммунальная квартира, 4) снимаю комнату в коммунальной квартире, 5) снимаю однокомнатную квартиру, 6) своя однокомнатная квартира, 7) снимаю многокомнатную квартиру, 8) своя многокомнатная квартира, 7) общежитие, 8) проживаю с родственниками (своими/мужа), 9) ипотека, 10) другое _____;
11. **Жилищные условия:** 1) отличные, 2) хорошие, 3) нормальные, но хотелось бы лучше, 4) удовлетворительные, 5) неудовлетворительные;
12. **Семейное положение в настоящее время:** 1) в браке зарегистрирован (какой брак по счету: 1, 2, 3, _____), 2) в гражданском браке (какой по счету: 1, 2, 3, _____), 3) разведена, 4) в браке не состояла и не состою, 5) приходящий половой партнер, 6) не в браке, в настоящее время нет партнера, 7) состою в отношениях с женатым мужчиной, 8) другое _____

;

13. **Семейное положение ранее** 1) зарегистрированных браков всего (исключая настоящий) _____, 2) гражданских браков всего (исключая настоящий) _____;
14. **Отношения в браке:** а) гармоничные; б) конфликтные; в) холодно-безразличные;
15. **Оцените свои взаимоотношения с противоположным полом (возможно отметить несколько пунктов):** 1) Отношений нет и я в них не нуждаюсь, 2) Я вынуждена поддерживать эти отношения, но ничего приятного они мне не приносят, 3) Поддерживаю отношения только ради материальной выгоды, 4) Поддерживаю отношения только ради сохранения семьи, 5) Резко отрицательное отношение к мужчинам, я стараюсь всячески избегать сексуальных контактов, 6) Я совершенно спокойно отношусь к мужчинам, сексуальных контактов не избегаю, но отношусь к ним равно, 7) Чаще это приносит мне позитивный заряд, но иногда бывают проблемы, 8) Я не представляю своего существования без противоположного пола и отношусь к сексу как к одной из важных частей жизни 9) Я абсолютно удовлетворена своими

семейными отношениями и секс с мужем приносит мне только положительные эмоции.

16. **Материальные проблемы:** 1) проблем нет, живем в достатке, 2) есть материальные проблемы, но хватает на нормальную жизнь, 3) хватает только на питание и товары первой необходимости, 4) хватает только на питание, 5) не хватает даже на питание, 6)

другое _____;

17. **В жизни для Вас является наиболее ценным (отметьте 5-7 приоритетных пунктов):**

1) Хорошее здоровье, 2) возможность много отдыхать и путешествовать, 3) наличие работы, 4) счастливая семейная жизнь, 5) жить без войны, 6) высокий материальный уровень жизни, 7) высокий духовный уровень жизни, 8) свобода, 9) образование, 10) любовь, 11) возможность приносить пользу людям, 12) хорошие взаимоотношения с окружающими, 12) высокая социальная защищенность, 13) возможность влиять на ход событий, 14) карьера, 15) большое количество детей, 16) секс, 17) другое (впишите) _____;

18. **Сколько детей в Вашей семье на данный момент:** а) 1; б) 2; в) 3 и более; г) нет детей;

19. **Какое количество детей в семье Вы считаете оптимальным:** а) 1; б) 2; в) 3 и более; г) без детей

20. **Опишите свое отношение к детям:** 1) Отличное, это смысл моего существования, чем их

больше, тем лучше, 2) Хорошее, дети - являются одним из моих жизненных приоритетов, но

не всегда хватает времени на их воспитание, 3) Хорошее, я очень люблю детей, но к сожалению из-за семейных/ финансовых / других (укажите) _____ проблем, не

могу иметь их столько сколько хотелось бы, 4) Удовлетворительное, воспитание детей – это

очень трудоемкий и времязатратный процесс, хотя, пользы от детей больше, чем вреда,

5) Плохое. Предпочитаю смотреть, как это делают другие, 6) Очень негативное, они отнимают кучу времени и сил, постоянно плачут, чего-то требуют и болеют.

21. **Общее состояние своего здоровья, как Вы его оцениваете:** 1) отличное, 2) хорошее,

3) среднее, 4) плохое, 5) очень плохое, 6) затрудняюсь ответить;

22. **Относите ли Вы себя к категории часто болеющих людей:** 1) да, 2) нет;

23. **В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?:** а) очень забочусь; б) в основном забочусь;

в) мало забочусь; г) совсем не забочусь; д) затрудняюсь ответить;

24. **Проходили ли Вы в течение последних двух лет диспансеризацию (медицинское обследование с участием разных специалистов) с целью контроля состояния Вашего здоровья?:** а) да; б) нет;

25. **Наличие у Вас хронических соматических (общих) заболеваний:**

1) нет, абсолютно здорова

2) **сердечно-сосудистой системы** 1) порок сердца, 2) гипертония, 3) дистония
4) варикозное расширение вен нижних конечностей, 5) аритмия, 6) не знаю
7) другое (впишите) _____;

3) **органы дыхания:** 1) хронический гайморит, 2) хронический синусит (ринит), 3) хронический тонзиллит, 4) хронический бронхит, 5) хроническая пневмония, 6) бронхиальная астма, 7) не знаю, 8) другое

(впишите) _____;

4) органы пищеварения: 1) гепатит, 2) гастрит, 3) язвенная болезнь, 4) панкреатит, 5) колит,

7) не знаю, 6) другое
(впишите) _____;

5) мочевыделительной системы: 1) пиелонефрит, 2) гломерулонефрит, 3) цистит, 4) мочекаменная болезнь, 5) не знаю, 6) другое (впишите)

6) нервной системы: 1) невроз, 2) остеохондроз, 3) депрессия, 4) не знаю, 5) другое
(впишите) _____;

7) аллергические заболевания: 1) нет, 2) поллиноз, 3) лекарственная аллергия (на _____), 4) не знаю, 5) другое

8) аллергические реакции на лекарственные препараты: 1) нет, 2) да (впишите) _____, 3) не знаю;

9) эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ: 1) сахарный диабет 1 тип (инсулинзависимый), 2) сахарный диабет 2 тип (инсулиннезависимый), 3) гипотиреоз, 4) гиперплазия щитовидной железы диффузная форма, 5) гиперплазия щитовидной железы узловая форма, 6) ожирение, 7) не знаю, 8) другое (впишите)

10) анемия

11) частые простудные заболевания 1) ОРЗ, 2) ангины, 3) другое _____;

12) онкологические заболевания 1) у меня не было, 2) были по материнской линии (какие _____), 3) были по отцовской линии (какие _____), 4) перенесла заболевания (впишите):

_____, 5) другое _____

13) гинекологические заболевания: _____

— **14) другие заболевания:** _____

15) были ли проведены операции, если да, то когда и по какому поводу: _____

26. В случае недомогания (болезни) обычно каким образом Вы лечитесь? *Можно указать несколько вариантов ответа.* а) Обращаюсь к врачам; б) Обращаюсь к

людям, лечащим нетрадиционными средствами; **в)** Лечусь самостоятельно, применяя лекарства и «народные» средства; **з)** Ищу ответ и методы лечения в интернете; **д)** Лечусь тем, что предложат в аптеке;
е) Ничего не делаю

27. **Приходится ли Вам отказываться от необходимых медицинских услуг или лекарств из-за недостатка денег?** **а)** Да; **б)** Нет
28. **Половая жизнь** с _____ лет.
29. **Начало половой жизни было** **1)** Не в браке, **2)** Перед регистрацией брака, **3)** После регистрации брака, **4)** Перед гражданским браком, **5)** В гражданском браке;
30. **Количество половых партнеров в течение жизни (до настоящего момента)** _____;
31. **Заболевания у мужа/партнера в настоящее время и в прошлом:**
1) _____
 _____ **2)** не знаю;
32. **Инфекции, передающиеся половым путем у мужа/партнера:**
1) _____

2) не знаю;
33. **Какой вид контрацепции (предохранения от беременности) Вы использовали ранее (возможно несколько вариантов):** **1)** не использовала, **2)** презерватив _____ лет, **3)** прерванный половой акт _____ лет, **4)** химические препараты местно _____ лет, **5)** гормональные контрацептивы _____ лет, **6)** принимали препараты после полового контакта (постинор или другие) _____ лет, **7)** ВМС (спираль) вводили всего _____ раз в общей сложности всего _____ лет;
34. **Количество беременностей** **1)** беременностей не было, **2)** родов _____, из них путем кесарева сечения _____, **3)** аборт(ов) медицинских всего _____, **4)** мини-аборт(ов) (вакуум) всего _____, **5)** прерываний медикаментозным методом всего _____, **6)** самопроизвольных выкидышей всего _____, **7)** замерших беременностей всего _____, **8)** криминальных аборт(ов) всего _____, **9)** прерываний по мед. показаниям _____ всего, **10)** прерываний по соц. показаниям всего _____;
35. **Делали ли Вы аборт?** **а)** да; **б)** нет;
36. **В каком учреждении делали аборт:** **1)** в женской консультации по месту жительства _____ раз, **2)** в женской консультации не по месту жительства _____ раз, **3)** в государственном лечебном учреждении _____ раз, **4)** в частной клинике _____ раз, **5)** другое (впишите): _____;
37. **Почему Вы обращались для прерывания беременности в частную клинику (если обращались):** **1)** соблюдала анонимность прерываний беременности, **2)** без очередей, **3)** не знаю, **4)** другая причина _____;
38. **Причина того, почему Вы сделали аборт:** **1)** «не вовремя», **2)** материальное положение, **3)** состояние здоровья, **4)** карьера, **5)** учеба, **6)** не в браке, **7)** юный возраст, **8)** другое (впишите): _____;
39. **Решение об аборте принимала:** **1)** сама, **2)** муж/половой партнер, **3)** родственники, **4)** друзья, **5)** другое (впишите): _____;
40. **Жалеете ли Вы о ранее прерванной беременности:** **1)** нет, **2)** жалею, **3)** не думала об этом;

41. **Достаточный ли у Вас был уровень знаний о возможных осложнениях на момент проведения аборта:** 1) да, 2) нет, 3) не знаю;
42. **Знаете ли Вы об осложнениях после аборта (ответьте на каждый вопрос):**
 1. бесплодие: 1) нет 2) знаю
 2. воспалительный процесс: 1) нет 2) знаю
 3. невынашивание беременности в дальнейшем: 1) нет 2) знаю
 4. гормональные нарушения: 1) нет 2) знаю
 5. летальный исход (смерть): 1) нет 2) знаю
 6. другие (которые известны Вам): _____;
43. **Знаете ли Вы о риске прерывания первой беременности:** 1) нет, 2) знаю, 3) не задумывалась;
44. **Откуда Вы получили информацию (если получили) о вреде аборта:** 1) от врача, 2) от подруги (друга), 3) от родителей, 4) из печатных источников, 5) из интернета, 6) телевиденье, 7) радио, 8) специальная научная литература, 9) другое (впишите) _____;
45. **Когда наступило осознание неверно принятого решения о прерывании беременности:**
 1) сразу, 2) до прерывания беременности, 3) сразу после прерывания беременности, 4) через _____ лет, 5) не наступило, 6) только сейчас;
46. **Испытываете ли Вы «угрызения совести» по поводу принятого решения прервать беременность:** 1) да, 2) нет, 3) не знаю;
47. **Как Вы в настоящее время относитесь к проблеме аборта:** 1) не задумывалась, 2) категорически его не поддерживаю, 3) считаю его допустимым, 4) допустим только в крайнем случае, 5) допустим только по медицинским показаниям, 6) не знаю;
48. **Какие формы работы по предотвращению абортот были бы на Ваш взгляд более эффективны:** 1) лекции и беседы в школе, 2) лекции и беседы в высшем учебном заведении, 3) лекции в женской консультации, 4) беседы в женской консультации, 5) индивидуальная работа с врачом акушером-гинекологом, 6) радио, 7) телевиденье, 8) печатные издания, 9) беседа с родителями, 10) другое (вписать) _____;
49. **Считаете ли вы, что беременность должна быть запланированной?** 1) да, 2) нет, 3) не знаю;
50. **Как часто осматриваетесь акушером-гинекологом?(женщины) а) 1 раз в год; б) 1 раз в 2 года; в) реже 1 раза в 2 года; г) чаще 1 раза в год, в связи с имеющимся заболеванием; д) часто, т.к. обращаюсь за советом**
51. **Беседа с гинекологом касается (ответьте на каждый из вопросов):** 1 только лечение заболевания (да/нет), 2 правила гигиены (да/нет), 3 профилактика заболеваний (да/нет), 4 профилактика венерических заболеваний (да/нет), 5 контрацепции (да/нет), 6 вреда абортов (да/нет).
52. **Куда Вы обращаетесь за амбулаторной помощью (ответьте на каждой вопрос)**
 1) На фельдшерско-акушерский пункт (иногда, всегда, никогда)
 2) Во врачебную амбулаторию (иногда, всегда, никогда)
 3) В участковую больницу (иногда, всегда, никогда)
 4) В женскую консультацию ЦРБ (иногда, всегда, никогда)

- 5) В городскую женскую консультацию (иногда, всегда, никогда)
 6) В женскую консультацию Краснодара (иногда, всегда, никогда)
 7) В Краевую консультативную поликлинику (иногда, всегда, никогда)
 8) В частную клинику (иногда, всегда, никогда)
 9) К своему постоянному врачу в другое лечебное учреждение (иногда, всегда, никогда)
 10) к разным врачам (иногда, всегда, никогда)
 11) другое _____
53. **Как часто посещаете стоматолога:** 1) регулярно - 1 раз в полгода, 2) регулярно - чаще 1 раза в полгода, 3) регулярно - 1 раз в год, 4) от случая к случаю, 5) только при наличии проблемы, 6) только в связи с острой болью 7) вообще не посещаю
54. **Удовлетворены ли вы оказанием медицинской амбулаторной помощи в Вашем лечебном учреждении?:** 1) полностью, 2) частично, 3) не удовлетворена
55. **Вредные привычки в настоящее время:** 1) нет, 2) да (какие: наркотики (легкие, тяжелые), алкоголь, курение (сколько сигарет в день _____));
56. **Отношения к курению:** а) отрицательное; б) безразличное; в) положительное; д) сама курю;
57. **Отношения к алкоголю:** а) отрицательное; б) безразличное; в) положительное;
58. **Если Вы регулярно курите и/или употребляете алкоголь, что Вас к этому побуждает? Можно отметить несколько вариантов ответа:** а) Без этого просто невозможно жить; б) По привычке; в) Этого требует сложившаяся практика на работе; г) Из-за недостатка воли бросить курение, прекратить выпивки; д) Это успокаивает, доставляет удовольствие; е) Потому что так поступают в моем окружении; ж) Это украшает отдых и помогает скоротать время; з) Придает силы в работе; и) Другое, укажите _____;
 к) Затрудняюсь ответить;
59. **Интересуетесь ли Вы вопросами здорового образа жизни?** а) Очень интересуюсь; б) Скорее интересуюсь, чем нет; в) Скорее не интересуюсь; г) Совсем не интересуюсь; д) Затрудняюсь ответить
60. **Можете ли Вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?** а) Да; б) Скорее да, чем нет; в) Скорее нет, чем да; г) Нет; д) Затрудняюсь ответить
61. **Когда вы впервые узнали о необходимости ведения «здорового образа жизни»:** 1) в детстве, 2) с начальных классов, 3) 6-9 классы, 4) 10-11 классы, 5) после школы 6) я ничего не знаю о необходимости ведения здорового образа жизни;
62. **Что вы понимаете под «здоровым образом жизни»? (можно выбрать несколько пунктов и подчеркнуть подпункт) :** 1) *занятие спортом:* зарядка по утрам, йога, фитнес (несколько раз в неделю, ежедневно, несколько раз в месяц, от случая к случаю), занятия в тренажерном зале: умеренная нагрузка, усердно качаюсь, посещение бассейна (несколько раз в неделю, ежедневно, несколько раз в месяц, от случая к случаю), профессиональные занятия спортом, 2) *отсутствие вредных привычек* (курение, прием алкоголя) 2) отсутствие вредных привычек (употребление легких наркотиков), 3) *отсутствие вредных привычек* (употребление тяжелых наркотиков), 4) *незлоупотребление* жареной, жирной, копченной, острой, соленой пищей, сладким, мучным, фаст-фудом.

63. Если Вы стремитесь к здоровому образу жизни, в чем это проявляется? *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа.* а) Отдыхаю в выходные и праздничные дни; б) Регулярно прохожу профилактические медосмотры; в) Гуляю на свежем воздухе в будничные дни; г) Правильно питаюсь; д) Соблюдаю личную гигиену, закаляюсь; е) Соблюдаю режим дня; ж) Посещаю сауну (русскую или иную баню); з) Избегаю вредных привычек, стараюсь от них избавиться; и) Принимаю витамины, лекарства, использую народную медицину; к) Занимаюсь физкультурой, спортом или йогой, аэробикой; л) Отдыхаю в пансионатах, санаториях, в туристических поездках и др.; м) Посещаю культурные учреждения (театры, музеи и т.д.); н) Избегаю конфликтных ситуаций; о) Другое, *укажите сами*
-
64. Если Вы ведете здоровый образ жизни, что Вас к этому побуждает? *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа.* а) Необходимость поддерживать работоспособность; б) Необходимость укреплять не очень хорошее здоровье; в) Желание хорошо выглядеть; г) Желание быть культурным человеком; д) Привычка; е) Делаю это за компанию с близкими людьми, друзьями; ж) Служебная необходимость; з) Желание сохранять здоровье и прожить долгую жизнь; и) Получаю поощрения на работе; к) Другое, *укажите сами*
-
65. Если Вы не ведете здоровый образ жизни, что мешает Вам это делать? *Можно отметить несколько наиболее важных вариантов ответа:* а) Большая нагрузка на работе (в учебе); б) Много домашних дел; в) Усталость; г) Лень; д) Тип (черты) характера; е) Нехватка времени; ж) Плохие условия жилья; з) Отсутствие убеждения, нужных знаний, информации; и) Нехватка денег; к) Вредные привычки; л) Отсутствие возможностей заниматься физкультурой, спортом; м) Нет необходимости; н) Другое, *укажите сами*
-
66. Как обычно Вы проводите свое свободное время? *Можно отметить несколько вариантов ответа:* а) Занимаюсь физической культурой, спортом; б) Что-нибудь делаю на даче (приусадебном участке); в) Отсыпаюсь; г) Бездельничаю, «убиваю» свободное время; д) Расслабляюсь, выпиваю; е) Смотрю телепередачи, видеофильмы, слушаю музыку; ж) Посещаю зрелищные мероприятия, хожу в кино; з) Посещаю музеи, театры; и) Читаю книги, журналы, газеты; к) Провожу время за компьютером; л) Занимаюсь любимым делом (коллекционированием, рисованием, фото и т.д.); м) Другой вид отдыха, *укажите сами*
-
67. Обращали ли внимание на содержание в продуктах консервантов и стабилизаторов: 1) всегда, 2) никогда, 3) иногда;
68. Чем Вы руководствуетесь при выборе продуктов питания в первую очередь? *Можно отметить не более трех вариантов ответа:* а) Пользой для здоровья; б) Привычкой; в) Вкусовыми качествами; г) Рекламой продукции; д) Лёгкостью приготовления; е) Стоимостью; ж) Качеством товара; з) Чем-то другим, *напишите*
-
69. Подвергаетесь ли вы стрессам (возможно несколько вариантов): 1) нет, 2) часто, 3) редко;
70. В причина стресса? 1) отношения с родственниками, 2) с мужем, 3) работа, 4) дети, 5) неустроенность быта, 6) другое
-
71. Что влияет на принятие Вами важного решения (можно выбрать несколько вариантов): 1) Мое здоровье, 2) мнение семьи по данному вопросу, 3) личные профессиональные знания и умения, 4) мое настроение в момент принятия решения,

5) чувство долга, 6) мнение друзей и знакомых 7) я всегда собираю несколько мнений, в том числе и мнений специалистов в этой сфере 8) делаю так, как мне нравится, 9) всегда действую по стереотипу, 10) по принципу: интересно, что получится, 11) экономические последствия, 12) консультируюсь со специалистом в этой области, которому я доверяю, 13) другое (впишите)_____

72. **Ваше отношение к врачебным рекомендациям:** 1) Выполняю всегда и в полном объеме,

2) Выполняю только после того, как проконсультируюсь еще с пару-тройкой специалистов

по этому вопросу, 3) Выполняю частично, 4) Не выполняю;

73. **Влияют ли и каким образом влияют на Вашу жизненную стратегию** (поставьте галочку в соответствующую клеточку):

	Да, очень сильно влияют на принятие мною решения	Я могу прислушаться к их мнению, но могу обойтись и без него	Нет, они совершенно не влияют на мое мнение
Медицинские работники			
Педагоги			
Родители			
Супруг			
Другие представители противоположного пола			
Другие родственники			
Знакомые			
Подружки			
Коллеги			
Кумиры			
Религия			
Газеты			
Журналы			
Радио			
Телевиденье			
Интернет - статьи			
Интернет - форумы			
Начальство			
Другое (впишите)			

74. **Кто несет ответственность за ваше здоровье:** 1) Я сама, 2) Государство, 3) Местные органы власти, 4) Здравоохранение в целом, 5) Ваше ЛПУ по месту жительства, 6) Лечащий врач, 7) Ваша семья, 8) Работодатель, 9) Другое (впишите)_____;

75. **Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале, степень важности для Вас следующих жизненных ориентиров. Укажите, ответ в каждой строке таблицы, имея в виду, что «1» означает совсем не важно, а «5» - очень важно.**

Жизненные ориентиры	Баллы				
Материальное благополучие	1	2	3	4	5
Хорошая семья	1	2	3	4	5

	Дети	1	2	3	4	5
	Крепкое здоровье	1	2	3	4	5
	Интересная работа	1	2	3	4	5
	Высокий уровень образования	1	2	3	4	5
	Духовное развитие	1	2	3	4	5

76. **Ваше преобладающее настроение на работе:** а) ровное; б) неустойчивое; в) приподнятое; г) тоскливое; д) раздражительно-гневливое;
77. **Отношения с коллегами на работе:** а) спокойные; б) конфликтные; в) соревновательческие;
78. **Удовлетворенность выполняемой работой:** а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить;
79. **Что вас удерживает на этой работе (отметить значимые критерии):** 1. Гарантированная зарплата; 2. Социальные льготы; 3. Стабильность; 4. Интересная работа; 5. Приобретение практического опыта; 6. Хороший, дружный коллектив; 7. Личность руководителя; 8. Профессиональный рост; 9. Сила привычки (опасение менять что-либо в своей жизни); 10. Возможность дальнейшего образования; 11. Признание; 12. Служебный рост;
80. **Что Вам мешает в работе на данный момент (отметить значимые пункты):** 1. Отсутствие перспективы служебного роста; 2. Невозможность проявить себя на работе; 3. Отрицательное влияние работы на состояние здоровья; 4. Отсутствие признания и вознаграждения; 5. Стиль управления руководителя; 6. Плохие условия труда; 7. Конфликты в коллективе, «нездоровая» обстановка в коллективе; 8. Большой объем работы; 9. Конфликты с руководством; 10. Конфликты с клиентами; 11. Низкая заработная плата;

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ