

(70,7%), тогда как при остальных вариантах «бедный» иммунный ответ регистрировался только у половины (в среднем 50,7%). Гиперреактивность на наличие подобной микробной ассоциации оказалась наибольшей в когорте с гиперпластическим макротипом (47,8%), у остальных женщин с ХЭ вариант аналогичного иммунного реагирования регистрировался у каждой пятой (в среднем 19,2%). Частота нормальной продукции эмбриотропных аутоантител оказалась минимальной при гипопластическом варианте ХЭ (5,9%), однако у представительниц со смешанным макротипом практически «конкурировала» с гипореактивностью (44 и 51,4%, соответственно). Отметим доминанту при гипопластическом макротипе ХЭ гиперреактивности, определяющей развитие аутоиммунных процессов, при гиперпластическом — гипореактивных изменений, сопровождаемых повышением частоты инфицирования ассоциациями условно-патогенных бактерий, что коррелирует с данными другими исследователей [2—4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полагаем доказанным, что в патогенезе нарушения репродуктивной функции женщин с ХЭ фигурируют различные иммуно-микробиологические аспекты. Вагинальная персистенция условно-патогенной флоры в «агрессивных» титрах выступает печальной «декорацией» к прологу о ХЭ, трагическую развязку предопределяет операционный стресс-механическая травматизация тканей матки в купе с отсутствием контроля эндоскопической визуализации. Драматический ход со-

бытий, сопровождающих раннюю потерю беременности, замыкает репродуктивная «ловушка»: «прерывание беременности — эндометрит — изменение реактивности иммунной системы — новые репродуктивные потери». Изменить негативный «сценарий» возможно, лишь придерживаясь представлений о мультифакториальности генеза ХЭ и практикуя многоплановую восстановительную терапию структурно-функциональных нарушений эндометрия с повариантной иммунокоррекцией и достижением зубиоза гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ранние сроки беременности / Под ред. В. Е. Радзинского, А. А. Оразмурадова, изд. 2-е, испр. и доп. — М.: Изд. Медиабюро Статус презенс, 2009. — 480 с.
2. Cicinelli E., De Ziegler D., Nicoletti R., et al. // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 2009. — Vol. 68, № 2. — P. 108—115.
3. Glukhova E. V., Cherkasov S. V., Sgibnev A. V., et al. // *Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol.* — 2009. — Vol. 4. — P. 93—96.
4. Kovalenko V. L., Voropaeva E. E., Kozachkov E. L., et al. // *Arkh. Patol.* — 2008. — Vol. 70, № 2. — P. 6—8.
5. Smith M., Hagerty K. A., Skipper B., et al. // *Int. J. Gynecol. Pathol.* — 2010. — Vol. 29, № 1. — P. 44—50.

Контактная информация

Петров Юрий Алексеевич — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 РГМА, e-mail: krasotka@aanet.ru

УДК 614.23:301

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ О ПРОФЕССИИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

О. В. Фурсик

Кафедра философии, биоэтики и права ВолГМУ

В статье анализируются данные пилотажного социологического исследования общественных представлений о профессии врача анестезиолога-реаниматолога.

Ключевые слова: анестезиология-реаниматология, профессия, социологическое исследование

PUBLIC OPINION ABOUT PROFESSION OF ANESTHESIOLOGIST-RESUSCITATOR

O. V. Fursik

The aim of this pilot study is to reveal modern trends in public opinion considering the role of an anesthesiologist as a medical team member.

Key words: critical care, profession, sociological study

Социальная среда, создав образец выполнения социальной роли, функционально и социокультурно предписывает личности тот стандартный набор моральных, трудовых и других качеств, которыми она должна обладать. Данные предписания могут иметь вид как

фиксированных требований, так и своеобразных пожеланий, ожиданий населения. Общество, социальная группа не только отбирают людей для выполнения определенных ролей, не только предписывают (предлагают) им образцы соответствующего ролевого поведе-

ния, но и контролируют исполнение ролей в соответствии с определенными ролевыми нормами. Контроль осуществляется в самых разных формах — от воздействия общественного мнения, проявления недоверия, избегания контактов до репрессий [1].

Статус врача зависит от большого количества внутренних и внешних факторов, диктуемых ситуациями, которые складываются не только в лечебном учреждении, но и в обществе в целом [5]. В основе ранжирования престижности профессий лежат два фактора: функциональная важность для общества (степень содействия общественному благу) и дефицитность выполняемой роли [1]. Первый фактор в отношении врачебной специальности не вызывает сомнений и может быть подвергнут рассмотрению через призму общественного мнения. Дефицитность врачебной профессии определяется наличием особой квалификации [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести первичное обобщение данных пилотажного социологического исследования проведенного среди жителей крупного промышленного центра, направленного на выявление представлений о профессии врача анестезиолога-реаниматолога (АР), ее роли и престижности.

Данное разведывательное социологическое исследование будет способствовать проверке нашей гипотезы, суть которой состоит в том, что представления населения о профессии врача АР отличаются рядом особенностей, которые влияют на его социальный статус. Значительная «закрытость» этой врачебной группы ведет к мифологизации представлений о профессиональной деятельности врача АР. Этому способствует отсутствие конкретных знаний о существовании данной профессии, невозможность в адекватном состоянии наблюдать за работой врача АР, большое количество фобий, связанных с данной врачебной сферой. В общественном сознании врач АР неразрывно связан с проблемой «жизни и смерти», которая далеко выходит за рамки только медицинской. Таким образом, мы хотели бы выявить и проанализировать существующее, по нашему мнению, противоречие между социальной значимостью профессии АР для общества и представлениями населения о существовании этой врачебной деятельности.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было опрошено 300 человек, из них 183 женщины, 117 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет. Опрос проводился среди пациентов и их родственников одной из крупных муниципальных больниц Волгограда и относящейся к ней поликлиники. Для того чтобы участники опроса могли высказаться достаточно свободно, была предложена анкета, которую они могли заполнить дома и привлечь членов своих семей. Предварительно от каждого опрошиваемого было получено согласие и проведен инструктаж, зафиксированы основные данные: возраст, пол, образование. Образовательный статус участников опроса: среднее образование —

96 человек; неоконченное высшее — 104 человека; высшее — 97 человек, трое анкетированных уровень образования не указали. Врачи и медицинские работники в ходе исследования не привлекались.

Первым участникам анкетирования было предложено следующее задание: «Подчеркните и выделите цифрами (по значимости 1, 2, 3 ...) десять самых престижных врачебных профессий». В анкете были перечислены следующие медицинские виды деятельности: терапевт, хирург, акушер-гинеколог, педиатр, невролог, уролог, стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, психиатр, кардиолог, онколог, инфекционист, фтизиатр, эндокринолог, венеролог, дерматолог, травматолог, микробиолог.

Десять самых престижных врачебных профессий выделившихся в ходе анкетирования, в процентном исчислении представлены следующим образом:

Хирург	94
Стоматолог	92
Акушер-гинеколог	80
Кардиолог	74
Педиатр	60
Терапевт	60
Онколог	58
Травматолог	57
Невролог	53
Анес.-реаниматол.	53

Как видно, среди медицинских профессий «с отрывом» лидируют «героическая» профессия хирурга и «прагматическая» профессия стоматолога. Обращает на себя внимание факт достаточно высоко оцениваемой престижности профессии врача-терапевта. Хотя исследователи неоднократно отмечали его снижение [2]. Можно предположить, что государственные меры стимулирования труда врачей-терапевтов уже дают свои результаты. В отношении врачей АР можно констатировать, что, с одной стороны, эта медицинская профессия вошла в десятку самых престижных, но, с другой стороны, оказалась среди них на самом последнем месте. Для того чтобы прояснить данную ситуацию, необходимо было выявить общие представления населения о существовании профессиональной деятельности врача анестезиолога-реаниматолога.

Участникам опроса было предложено ответить на несколько вопросов о профессиональной деятельности врача анестезиолога-реаниматолога:

1. Кто, по вашему мнению, проводит анестезию во время операции?
2. Является ли анестезиолог врачом?
3. Кто обеспечивает безопасность больного во время операции?
4. Кто обеспечивает безопасность больного после операции?
5. Чем, по вашему мнению, занимается анестезиолог во время операции?
6. Как вы думаете, больные, которым предстоит операция, испытывают страх перед наркозом, если да, то почему?

Все вопросы носили открытый характер. Анкетированные высказывались свободно, что позволило максимально широко охватить спектр общественного мнения, хотя это в определенной мере затруднило возможность их сведения в единую таблицу. Поэтому обобщение мы провели по каждой обозначенной позиции отдельно.

Ответы на вопрос: «Кто проводит анестезию во время операции?» в процентном исчислении представлены следующим образом (все данные округлены до целых чисел):

Врач анест.-реан.	11
Анестезиолог	64
Врач АР и медсестра	4
Врач	4
Хирург	2
Медсестра	12
Аппарат	1
Не знаю	2

Для того, чтобы прояснить позицию, был задан прямой вопрос о профессиональном статусе анестезиолога в следующей формулировке: «Является ли анестезиолог врачом?».

Ответили «за» 88 %, «нет» 8 %, «не знаю» 4 %.

Таким образом, основная масса опрошенных адекватно отражает профессиональный статус анестезиолога. В то же время 12 % (36 чел.) не знает или категорически не относит анестезиолога к врачебной профессии. Причина может скрываться в представлениях, анкетированных о диапазоне профессиональных обязанностей врача АР. Поэтому мы решили выяснить общественное мнение о том, кто обеспечивает безопасность больного в ходе и после операции. Обобщенные ответы в процентном отношении представлены следующим образом:

Вопрос: В ходе операции кто обеспечивает безопасность больного?

Анестезиолог	25
Анестез.-реаниматолог	6
Реаниматолог	2
Врач	19
Хирург	22
Бригада	9
Медсестра	6
Бог	1
Страховая фирма	1
Главврач	2
Не знаю	7

Вопрос: После операции кто обеспечивает безопасность больного?

Анестезиолог	6
Анес.-реанимат.	6
Реаниматолог	13
Врач-терапевт	33
Хирург	7
Медсестра	19
Бог	2

Весь персонал	3
Сам больной и родст.	3
Не знаю	8

Если обобщить данные, то можно сказать, что только одна треть опрошиваемых знает об особой ответственности врача АР за безопасность больного во время операции и в первые часы после нее. Очевидно, сюда можно отнести и те ответы, где ответственность возлагается на «бригаду», поскольку само использование этого слова демонстрирует адекватное представление о специфике проведения анестезии во время операции. Однако более половины опрошенных не имеют представлений о роли врача АР во время операции: 22 % считают, что безопасностью больного занимается хирург, 19 % — врач «вообще», 11 % — безопасность связывают с факторами, далекими от конкретной ситуации (главный врач, страховая фирма и т. д.). Еще меньшее количество реципиентов, всего 25 % (75 чел.), связывают безопасность больного после операции с профессиональными обязанностями врача АР.

Очевидно, что основные профессиональные обязанности врача АР население связывает с ходом операции. Для того чтобы проверить наше предположение, был задан вопрос о существовании деятельности врача АР во время операции.

Вопрос: Что делает анестезиолог во время операции?

Анестезию	12
Обесп. безопасность	4
Контроль состоян.	39
Дает наркоз	15
Помогает хирургу	3
Вводит лекарства	2
Опред. дозу лекарства	2
Пассив. наблюдает	8
Не знаю	15

Обращает на себя внимание тот факт, что 15 % ничего не знают о работе врача АР во время операции, а 8 % отводят ему роль пассивного наблюдателя. То есть почти четверть опрошенных не имеют каких-либо адекватных представлений о профессии АР.

На отношении населения к профессии врача АР сказывается и наличие различных «страхов» как перед фактом хирургического вмешательства, так и перед общим наркозом. На выяснение характера различных фобий был направлен последний вопрос: как вы думаете, больные, которым предстоит операция, испытывают страх перед наркозом, если да то почему?

Нет	22
Врачеб. ошибка, халатность	4
Неправ. доза лекарства. Боль	7
Неизвестность	9
Много причин страха	3
Не проснуться. Не выйти. Умереть	36
Неудачный исход операции	4
Осложнения, последствия наркоза	10
Не знаю	5

Таким образом, только 22 % опрошенных не испытывают страха, а остальные 78 % подвержены различным негативным переживаниям в дооперационный период. Данный факт выявляет еще один уровень противоречий между социальной значимостью профессии АР и представлениями населения: возрастающая роль врача АР в предоперационный период и отсутствие в общественном сознании каких-либо представлений об этом.

Таким образом, результаты анкетирования показали, что 21 % опрошенных (63 чел.) не знают, кто проводит анестезию во время операции; 12 % (36 чел.) вообще не относят профессию анестезиолога к врачебным; 52 % (156 чел.) не имеют представления о роли врача АР в обеспечении безопасности больного во время операции и 75 % (225 чел.) не знают о деятельности врача АР в обеспечении безопасности в первое время после операции; 23 % (69 чел.) не имеют представлений о том, что делает анестезиолог во время операции.

Следовательно, можно сделать вывод о том, что в обществе отсутствует какое-либо четкое понимание того, чем занимается анестезиолог-реаниматолог. Такая ситуация вполне объяснима, ведь в тяжелом состоянии больной не осознает, кто его лечит, кто его «вытягивает с того света». Когда же больной приходит в себя, он из отделения реанимации возвращается в профильное отделение, к своему лечащему врачу и с ним идентифицирует себя. Однако эта ситуация ведет к неадекватной общественной оценке труда врача АР и, главное, к деперсонализации данной врачебной профессии. Отметим также, что подобное состояние общественно-го мнения служит «хорошей» питательной средой для разного рода кампаний в средствах массовой информации о «врачах-убийцах», где чаще всего фигурируют именно врачи АР.

В отечественной социологии медицины мало проводилось исследований, направленных на выявление статуса врача АР, но есть данные американских опросов, результаты которых приводит в своей книге Зильбер А. П. [3]. По мнению 35 % опрошенных, анестезиолог вообще не является врачом, 54 % считают, что он занимается только мониторингом, 30 % не знают, чем он занимается, 10 % считают, что он «усыпляет». Занимается ли анестезиолог еще чем-либо, кроме наркоза, не знают 75 % опрошенных больных. Как мы видим, хотя цифры и разнятся с нашими данными, однако тенденцию они «оголяют» подобную той, которую продемонстрировало наше исследование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные цифры явно обнаруживают глубокий разрыв между реальными ролью и местом врача АР в современной медицине и общественным мнени-

ем об этой медицинской профессии, что в определенной степени сказывается на социальном статусе врача АР. Можно констатировать, что общественное мнение не отражает всей важности социальных функций врача АР в рамках современной медицины. Но предъявлять претензии к обществу, безусловно, глупо. Надо просто реально отражать уровень его представлений и запросов. Поэтому речь может идти не о претензиях, а о выявлении вполне закономерных противоречий между медико-социальной значимостью профессии врача АР и общественным мнением по этому поводу.

Кроме того, немаловажно продумывать и даже планировать процесс формирования имиджа профессии. Такой подход должен стать важной частью профессиональной ориентации молодежи. Формирование реальных представлений о профессии АР будет способствовать ее демифологизации. Поскольку существующие сегодня, как показывают цифры, весьма «смутные» представления о существовании профессиональной деятельности врача АР приводят в определенной мере к романтизации, и даже героизации данной медицинской профессии. Однако при отсутствии какой-либо системы профотбора данная специальность нередко привлекает тех, кто ищет личностного самоутверждения. В случае конфликта между притязаниями и возможностями именно эти люди наиболее подвержены воздействию различных негативных факторов, которыми изобилует профессия врача анестезиолога-реаниматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта. Монография / Под ред. акад. РАМН, проф. А. В. Решетникова. — М.: Здоровье и общество, 2005. — С. 22, 132.
2. Жбанков М. Р. Массовое сознание / Всемирная энциклопедия: Философия / Глав. науч. ред. А. А. Грицанов. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, Современный литератор, 2001. — С. 615.
3. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины. — Т. 4 — Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998. — С. 251.
4. Радаев В. В. // Социологический журнал. — 1998. — № 3—4. — С. 57—85.
5. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М.: Медицина, 2005. — С. 297.
6. Социология / Под ред. проф. В. Н. Лавриненко — 2-е изд. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. — С. 286—299.

Контактная информация

Фурсик Ольга Васильевна — зав. детским анестезиолого-реанимационным отделением МУЗ «Городская клиническая больница №7», ассистент кафедры детской хирургии ВолгГМУ, e-mail: olgafursik@yandex.ru