

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА ДЛЯ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ

Полоник Ирина Степановна¹, Шандора Наталья Ивановна¹

¹Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь

Аннотация. В соответствии с международными рекомендациями анализа издержек, учитывая данные о затратах по отдельным статьям в Республике Беларусь, и на основании расчетов, опубликованных в доступной научной печати, представлена экономическая оценка потерь от пьянства и алкоголизма для домашних хозяйств в Республике Беларусь.

Ключевые слова: объем потребления алкоголя, расходы на алкогольную продукцию домашних хозяйств.

ECONOMIC ASSESSMENT DRUNKENNESS AND ALCOHOLISM FOR HOUSEHOLDS

Polonik Irina Stepanovna¹, Shandora Natallia Ivanovna¹

¹ Belarusian State University, Minsk, Belarus

Abstract. In accordance with international recommendations of the analysis of costs, taking into account the cost data for individual objects in the Republic of Belarus on the basis of calculations, published in scientific journals available provided economic assessment of losses from drunkenness and alcoholism for households in the Republic of Belarus.

Keywords: the volume of alcohol consumption, the cost of alcoholic beverages households.

Введение. Кроме ущерба, наносимого физическому и нравственному здоровью населения, последствия употребления алкоголя сопряжены с огромными потерями экономического характера и представляют собой очень значимую проблему.

Цель работы: исследовать совокупные потери от пьянства и алкоголизма для домашних хозяйств в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования были использованы методологические подходы к оценке ущерба, наносимого потреблением алкоголя для домохозяйств в Республике Беларусь с помощью классификации прямых (direct cost), косвенных (indirect cost), трудно интерпретируемых затрат (intangible cost). Расчеты основаны на статистической информации, содержащейся в регламентных таблицах и базах данных свободного доступа.

Результаты и обсуждение. Республика Беларусь входит в мировой ТОП–10 как по объему производства крепкого алкоголя, так и по его потреблению на душу населения (Рис. 1, 2).



Рис. 1. Производство водки и питьевого спирта в Республике Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2013 г. Беларусь заняла первое место в рейтинге стран мир по потреблению алкоголя – 17,5 л на душу населения, начиная с 15-летнего возраста (Рис. 3).

В среднем в год белорусский мужчина выпивает 27,5 литра чистого спирта. Основная доля приходится на крепкие спиртные напитки, которые занимают 46,6 % от всего выпиваемого алкоголя. Потребление легального алкоголя составляет 14,4 литра, нелегального – 3,2 литра. Согласно прогнозам ВОЗ, потребление алкоголя в стране будет постепенно падать –

на 200 гр. спирта в год. Кроме того, в ТОП–10 по данному показателю в 2013 году вошли Молдова (16,8 л), Чехия (13 л), Венгрия (13л), Россия (15,1 л) и Украина (13,9 л).



Рис. 2. Потребление алкогольной продукции в Республике Беларусь на душу населения

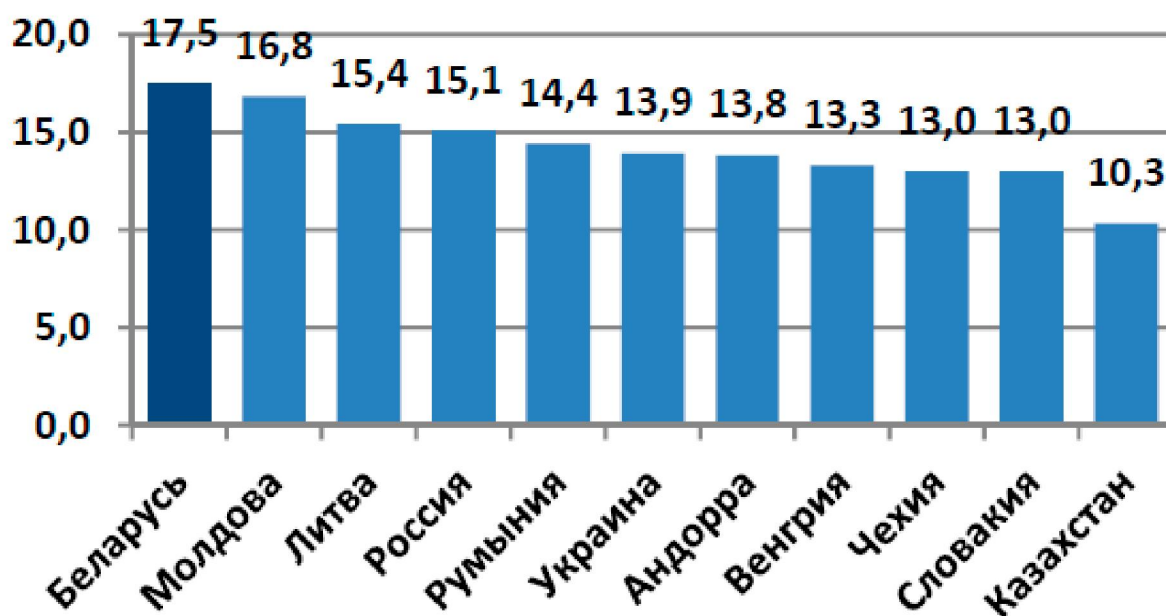


Рис. 3. Рейтинг стран мира по уровню потребления алкоголя 2013 г., л. на душу населения

Почти половина рынка алкогольной продукции приходится на водку, доля которой в потреблении алкоголя населением Беларуси в 2014

году составила 46 %. На долю плодовых вин приходится 21 %, далее следует пиво с 17,1 %. На долю ликероводочных изделий, виноградных и игристых вин и коньяков приходится 9,2% продаж (Рис. 4) [1, 2].

Алкогольная продукция	Объём продаж, тыс. дал. (2014/2013, %)
Водка	9 674,3 (-8,9%)
Ликероводочные изделия	1 329,4 (-1,6%)
Вина виноградные, включая напитки винные виноградные	3 664,9 (+4,7%)
Вина плодово-ягодные, включая напитки плодово-ягодные	9 827,0 (-13%)
Коньяк, включая коньячные напитки и бренди	505,5 (+26,5%)
Вина игристые, включая шампанское	1 534,3 (+3,1%)
Напитки слабоалкогольные	896,7 (+2,0%)

Рис. 4. Объём продаж алкогольных напитков в 2014 г., (2014 / 2013, %)

В общей сложности в 2014 году белорусы потратили на спиртное 29,1 триллионов рублей ($\approx 2,8$ млрд. дол.) (Таблица 1), что составляет 10,9 % от всего розничного товарооборота организаций торговли и 3,5 % от ВВП (ВВП страны в 2014 году составил 778,5 триллионов рублей ($\approx 76,2$ млрд. дол.)). Однако далеко не все члены общества потребляют спиртные напитки. По результатам национального обследования причин семейного неблагополучия 22,0 % женщин и 6,5 % мужчин совсем не употребляют алкоголь, а 61,0 % женщин и 48,0 % мужчин употребляют только по праздникам. Вследствие этого, к постоянно употребляющим индивидуумам следует отнести 16,7 % женщин и 45,5 % мужчин [3]. Результаты расчетов свидетельствуют, что в Беларуси один человек, постоянно употребляющий алкоголь, в год в среднем тратит более десяти миллионов белорусских рублей (около 1000 долларов) или более 800 с половиной тысяч белорусских рублей (более 80 долларов) ежемесячно (Табл. 1).

Таблица 1

Расходы на алкогольную продукцию населения Республики Беларусь за период 2005–2014 гг., в текущих ценах

Годы	Общий объем розничного товарооборота по всем видам алкоголя		Расходы на алкоголь в среднем на 1 чел. в год, тыс.руб.		Доля пьющих женщин, тыс.чел	Доля пьющих мужчин, тыс.чел	Расходы на алкоголь в среднем на 1 пьющего чел. в год, тыс.руб.	
	млн.бел.руб.	долл. США	млн.бел.руб.	долл. США			тыс.бел.руб.	долл. США
2008	5063800	2370,37	508,0	237	852	2020,2	1763	825
2009	4995100	1788,72	525,0	188	849,7	2013,8	1744,4	624
2010	5771561	1938,00	607,5	203	848,7	2010,2	2018,8	677
2011	9258700	2002,54	976,5	211	847,2	2005,6	3245,0	701
2012	18815200	2257,14	1891,6	226	846,2	2001,1	6608,0	792
2013	24 711900	2784,17	2609,9	294	846,0	2002,4	8675,7	977
2014	29 168000	2855,26	3076,5	301	847,0	2006,0	10223,6	1000

В структуре потребительских расходов домашних хозяйств в 2014 году расходы на покупку алкогольных напитков составили от 2,4 % в городах и поселках городского типа до 2,9 % в сельских населенных пунктах расходы на культуру, отдых и спорт 5,4 %, здравоохранение 3,6 %, образование 1,4 % [2]. Кроме прямых затрат на покупку спиртного существует множество косвенных и альтернативных издержек. Упущенные выгоды, связанные с получением образования, если бы деньги были потрачены на платное обучение. Упущенный эффект от оздоровления. В то же время расходы белорусов на алкоголь в 2014 году почти в 3 раза превысили расходы на покупку лекарств. Если бы сумма, потраченная на алкоголь, в 2014 году была бы размещена в банк при 5,0 % годовых, то доход за год составил бы ≈ 140 млн. дол.).

Однако, приведенные данные о затратах полностью не отражают реальной картины. Существуют трудно интерпретируемые в материальном аспекте затраты. Это такие как деформация системы общественных ценностей, в том числе семейных ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу. Злоупотребление алкоголем хотя бы одним из супругов уносит от 40,0 % до 70,0 % бюджета семьи. Потери, связанные, с асоциализацией, полным или частичным исключением из общества детей-

сирот, в том числе «социальных сирот», покидающих свои семьи из-за пьянства и сопутствующего ему насилия и аморального поведения родителей, невыполнения ими своих обязанностей по воспитанию детей.

Заключение. Употребление алкогольных напитков представляет собой очень значимую проблему. Результаты расчетов свидетельствуют, что последствия употребления алкоголя приносят большие общие экономические потери для домашних хозяйств. Однако приведенные данные о затратах полностью не отражают реальной картины, так как многообразие прямых и косвенных экономических потерь от пьянства создает большие трудности в количественном подсчете их размеров, как носителей экономической информации. В настоящее время экономической наукой недостаточно разработана методика подсчета всех потерь, раскрывающих реальные размеры экономического ущерба на семейно-бытовые отношения, воспитание подрастающего поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Отрасль производства алкогольной продукции 2015 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.uniter.by/upload/iblock/02b/02be5ca88445309f0381a374a5da363c.pdf> (дата обращения: 02.05.2016).
2. Статистический ежегодник [Электронный ресурс]. Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2015. 578 с. URL: <http://www.nbrb.by/statistics/Rates/AvgRate/> (дата обращения: 02.05.2016).
3. Бурова С. Н., Воднева А. К., Шахотько Д. В., Шахотько Л. П., Янчук О. А., Артеменко М. Б. Отчет национального исследования причин семейного неблагополучия в Республике Беларусь. Минск : В.И.З.А. ГРУПП, 2009. 236 с.

Сведения об авторах

Полоник Ирина Степановна, Белорусский государственный университет, пр. Независимости, 4, 220030, Минск, Республика Беларусь; e-mail: polonik-irina@hotmail.com

Шандора Наталья Ивановна, Белорусский государственный университет,
пр. Независимости, 4, 220030, Минск, Республика Беларусь; e-mail:
shandoranatasha@tut.by

Authors

Polonik Irina Stepanovna, Belarusian State University, Address: 4,
Nezavisimosti Ave., Minsk, Republic of Belarus, 220030; e-mail: *polonik-irina@hotmail.com*

Shandora Natallia Ivanovna, Belarusian State University, Address: 4,
Nezavisimosti Ave., Minsk, Republic of Belarus, 220030; e-mail:
shandoranatasha@tut.by

**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Пономаренко Галина Степановна¹, Максимова Светлана Иосифовна¹,
Валик Оксана Валерьевна²*

¹*Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

²*Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье анализируются вопросы экспертной деятельности медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Обращается внимание на отсутствие единых унифицированных подходов к подготовке врачей специалистов-экспертов, что приводит к методологической разобщенности при оценке качества медицинской помощи. Отсутствие прописанных механизмов финансово-экономического стимулирования медицинских организаций (МО) за достижение целевых показателей не способствует улучшению качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: качество, медицинская помощь, эксперт качества медицинской помощи, экспертиза, дефекты качества.

**EXAMINATION OF THE QUESTIONS OF QUALITY HEALTH CARE
HEALTH CARE TODAY**

*Ponomarenko Galina Stepanovna¹, Maximova Svetlana Iosifovna¹,
Valik Oxana Valerievna²*

¹*Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

²*Federal Center of Cardiovascular Surgery, Krasnoyarsk, Russia*

Abstract. The article analyzes the issues of expertise of medical organizations working in system OMS. Draws attention to the lack of unified approaches to training medical specialists and experts, which leads to methodological fragmentation in assessing the quality of medical care. The absence of

prescribed mechanisms of financial and economic incentives, right over the targets is not conducive to improving the quality of medical care provided.

Keywords: quality, medical care, the expert of quality of medical aid, examination, defects in the quality.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) (далее – Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1].

Настоящий Порядок определяет правила, процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями (СМО) и фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями (МО), регулирует реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Объект контроля – организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Субъект контроля – ТФОМС, СМО и МО, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате МО

реестров-счетов. Осуществляется автоматизированный 100 % контроль реестров-счетов в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 (далее Приказом) специалистами СМО и ТФОМС.

Основные дефекты, выявляемые при проведении МЭК – включение нелицензированных видов деятельности, включение медицинских услуг, не входящих в программу ОМС, некорректное оформление счетов-реестров, неверная идентификация принадлежности к СМО и др.

Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации МО [2, ч. 4 ст. 40]. МЭЭ проводится специалистом-экспертом (со стажем работы не менее 5 лет, имеющим подготовку по вопросам экспертной деятельности в системе ОМС) – в виде целевой медико-экономической экспертизы и плановой медико-экономической экспертизы.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики [2, ч. 6 ст. 40]. Проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (это врач-специалист со стажем не менее 10 лет, с наличием квалификационной категории и подготовкой по вопросам экспертной деятельности в системе ОМС) в виде целевой, плановой и тематической экспертизы качества медицинской помощи.

Плановые экспертизы МЭЭ и ЭКМП проводятся на основании договорных отношений между СМО и МО. Осуществляются по плану-графику, утвержденному ТФОМС, не реже 1 раза в год.

При проведении плановой экспертизы эксперт обязан ответить на следующие вопросы: своевременно ли начато оказание медицинской помощи; правильно ли были выбраны медицинские технологии;

соответствует ли оказанная медицинская помощь утвержденным порядкам и стандартам; достигнут ли запланированный результат?

Целевые экспертизы (МЭЭ, ЭКМП) проводятся в случаях получения жалоб на доступность и качество медицинской помощи в МО; летальных исходов; внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации, в течение суток – при повторном вызове скорой медицинской помощи и др. Сроки проведения целевой экспертизы качества не имеют временных ограничений по жалобам, летальным исходам, внутрибольничного инфицирования и выхода на инвалидность.

Целевые экспертизы позволяют выявить значительно большее число нарушений в процессе оказания медицинской помощи, чем плановые. При проведении целевой экспертизы эксперт обязан ответить на следующие вопросы: невыполнение, несвоевременное выполнение, ненадлежащее выполнение диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств – повлекло ли за собой развитие осложнения или летальный исход? Ответы на эти вопросы позволяют руководителю МО принимать обоснованные управленческие решения.

Тематические экспертизы качества медицинской помощи – их задачей является выявление и установление причин типичных ошибок в лечебно-диагностическом процессе по группам заболеваний в разных МО. Одним из обязательных условий проведения тематических экспертиз является наличие подготовленных специалистов соответствующего профиля. При проведении экспертизы эксперт обязан ответить на следующие вопросы: правильно ли выбрана МО для лечения данного заболевания; своевременно ли начато оказание медицинской помощи; своевременно ли выполнены оперативные вмешательства,

диагностические исследования, лечебные мероприятия; своевременно ли был произведен перевод пациента на этап более высокого уровня оказания медицинской помощи; достаточно ли имелось в наличии лекарственных средств, необходимых именно для лечения данной категории больных. Тематические экспертизы в т.ч. нацелены на контроль за исполнением Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» по следующим показателям: снижение смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случаев на 100 тыс. населения и смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения к 2018 году и др., как наиболее весомых показателей в структуре общей смертности населения РФ [3]. Но, несмотря на осуществление постоянного контроля за данными целевыми показателями, их достижение представляет определенные трудности для регионов, в т.ч. и для Красноярского края, особенно это касается вопросов задержки принятия решения при выборе оптимальной транспортной логистики, проведения своевременного догоспитального тромболизиса и позднего поступления пациентов в профильный стационар.

Планирование экспертной деятельности в Красноярском крае (стратегическое и оперативное) осуществляется путем составления планов-графиков на год с учетом итогов предыдущего периода. Стратегические планы утверждаются ТФОМС ежегодно. Оперативное планирование проводится с целью контроля и коррекции плана выполнения.

В Красноярском крае СМО в 2014 году проверено 171 из 186 МО (91,9 %), оказывающих медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования [4].

За 2014 год в крае проведено 455173 медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (2013 год – 368599,

2012 год – 387265) (+19,1 %), преобладающее большинство от общего числа экспертиз (61,2 %) – МЭЭ (278448), а ЭКМП – составили 38,8 % (176725) от общего числа экспертиз, из них тематических – 70913 (45 % от всех плановых экспертиз).

В структуре выполненных СМО экспертиз качества медицинской помощи доля целевых экспертиз составила 10,9 %, плановых 89,1 % (среди которых 45 % – это тематические экспертизы).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи за 2014 г. в структуре дефектов преобладали несоблюдение порядков и стандартов; необоснованное назначение лекарственной терапии (69,2%); неинформативные записи в медицинской документации, непредставление медицинской документации (10,9 %); некорректное применение тарифа, (4,6 %), необоснованная/непрофильная госпитализация (3,2 %) и др. нарушения (12,2 %).

Систематический контроль со стороны ТФОМС и СМО за качеством оказания медицинской помощи (объемов, сроков и условий) в МО края, позволил уменьшить число нарушений по сравнению с предыдущим периодом (с 14,6 % в 2013 г. до 7,8 % в 2014 г.). Однако, остается ряд серьезных проблем, требующих активного участия заинтересованных сторон в их решении.

Таким образом, вступление в силу закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» привело к актуализации экспертной деятельности в сфере здравоохранения и в системе ОМС, однако оставило без практического нормирования многие экспертные вопросы, в частности, отсутствие определения «дефект медицинской помощи».

До сих пор сохраняются не урегулированными вопросы организационного характера, в части несвоевременности информирования руководителей МО об изменениях законодательных требований в системе ОМС. Отсутствуют механизмы финансово-

экономического стимулирования МО за эффективную деятельность в системе ОМС по достижению целевых показателей.

Сохраняется отсутствие четкой системы взаимодействия при согласовании результатов ЭКМП между СМО и МО, которая носит в настоящее время односторонний уведомительный характер со стороны СМО и не достигает цели улучшения качества медицинской помощи в МО.

Различная интерпретация результатов экспертиз объясняется в т. ч. и тем, что при подготовке врачей-экспертов для СМО и МО нет единых унифицированных требований к образовательным программам.

В связи с этим, считаем необходимым разработать унифицированные подходы к экспертной деятельности всех участников контроля качества медицинской помощи (экспертов СМО, экспертов и руководителей МО) путем их обучения по единым программам последипломного образования в рамках повышения квалификации (ПК).

Целесообразно применять механизмы финансово-экономического стимулирования МО за эффективную деятельность в системе ОМС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ ФФОМС от 1.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // СПС КонсультантПлюс.
2. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.
3. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // СПС КонсультантПлюс.

4. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2014 году». Красноярск, 2015. 279 с.

Сведения об авторах

Пономаренко Галина Степановна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *ypravlenie_v_zo@mail.ru*

Максимова Светлана Иосифовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *ypravlenie_v_zo@mail.ru*

Валик Оксана Валерьевна, Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск, 660020, ул. Караульная 45; e-mail: *valikov@krascor.ru*

Authors

Ponomarenko Galina Stepanovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *ypravlenie_v_zo@mail.ru*

Maximova Svetlana Iosifovna, Voino-Yasenetsky Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *ypravlenie_v_zo@mail.ru*

Valik Oxana Valer'yevna, Federal Center of Cardiovascular Surgery, Address: 45, Karaulnaia Str., Krasnoyarsk, Russia, 660020; e-mail: *valikov@krascor.ru*

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗАМИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

*Сенченко Алексей Юрьевич¹, Акинфеева Елена Сергеевна¹,
Сенченко Галина Васильевна¹, Юрьева Елена Анатольевна¹,
Злаказов Олег Владимирович¹*

*¹Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

Аннотация. Проведено изучение типа организационной культуры в больницах. Осуществлен опрос 122 медсестер по опросникуOCAI. В результате исследования выявлено преобладание в больницах бюрократического типа организационной культуры. Однако, медицинские сёстры предпочли бы клановый тип организационной культуры.

Ключевые слова: организационная культура, медицинская организация, опросник OCAI, средние медицинские работники, организация здравоохранения

ORGANIZATIONAL CULTURE IN HOSPITALS: PREFERENCES OF NURSES

*Senchenko Alexey Yurievich¹, Akinfeeva Elena Sergeevna¹,
Senchenko Galina Vasilievna¹, Yuryeva Elena Anatolievna¹,
Zlakazov Oleg Vladimirovich¹*

¹Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. A study of the type of organizational culture in hospitals. We interviewed 122 nurses on the OCAI questionnaire. The survey showed the prevalence of the bureaucratic type of organizational culture in hospitals. However, nurses would have preferred the clan type of organizational culture.

Keywords: organizational culture, hospitals, OCAI, nurses.

Введение. Все организации, независимо от формы собственности и целей деятельности, создаются и живут в определенной среде, носящей

название – культура. Она во многом определяет смысл их существования, действует как извне, так и внутри организации. Каждая группа людей, в том числе и организация, вырабатывает собственные культурные образцы, которые получили название корпоративной, или организационной культуры. Формирование организационной культуры является неотъемлемой частью стратегии медицинской организации [1, 2, 3].

Корпоративная культура – это система материальных и духовных ценностей, проявлений, взаимодействующих между собой, присущих данной компании, отражающих ее индивидуальность и восприятие себя и других в социальной и вещественной среде, проявляющаяся в поведении, взаимодействии, восприятии себя и окружающей среды [4].

Корпоративная культура – специфическая, характерная для данной организации система связей, взаимодействий и отношений, осуществляющихся в рамках конкретной предпринимательской деятельности, способа постановки и ведения дела. Некоторые руководители рассматривают свою организационную культуру как мощный стратегический инструмент, позволяющий ориентировать все подразделения и отдельных лиц на общие цели, мобилизовать инициативу сотрудников, обеспечить лояльность и облегчить общение [5].

Цель исследования. Изучение и оценка типа организационной культуры в медицинской организации.

Материалы и методы. Существуют различные методики, позволяющие оценить особенности работы медицинской организации и типа организационной культуры [6, 7]. В нашем исследовании, касающемся оценки типа организационной культуры средними медицинскими работниками, мы использовали типологию К. Камерона и Р. Куина – «Рамочная конструкция конкурирующих ценностей». Авторы исследовали индикаторы эффективности крупных компаний по двум измерениям. В рамках первого измерения, одни компании считают себя

эффективными, если они стабильны, предсказуемы и механистически целостны, другие – если они склонны к переменам, адаптивны и постоянно движутся вперед. Второе измерение рассматривает критерии эффективности либо как внутреннюю ориентацию, интеграцию и единство, либо как внешнюю ориентацию, дифференциацию и соперничество. Эти два измерения образуют четыре квадранта, каждый из которых соответствует своему типу организационной культуры [8].

Применялись следующие методы: аналитический, социологический, статистический.

Результаты и обсуждение. Нами было проведено анкетирование 122 средних медицинских работников с целью выяснения фактического и предпочитаемого типа организационной культуры.

В большинстве случаев опрошенные на данный момент видят в своих медицинских учреждениях бюрократический тип корпоративной культуры с элементами рынка (Рис. 1).



Рис. 1. Фактический тип корпоративной культуры в медицинских организациях

В соответствии с этим типом, медицинское учреждение можно охарактеризовать как очень формализованное и структурированное место работы. Тем, что делают люди, управляют процедуры. Лидеры гордятся

тем, что они рационально мыслящие координаторы и организаторы. Критически важно поддержание плавного хода деятельности организации. Организацию объединяют формальные правила и официальная политика. Долгосрочные заботы организации состоят в обеспечении стабильности и показателей плавного хода рентабельного выполнения операций. Успех определяется, в терминах надежности и стабильности выполняемых медицинских услуг, плавных календарных графиков и низких затрат. Управление наемными работниками озабочено гарантией занятости и обеспечением долгосрочной предсказуемости.

Бюрократический тип корпоративной культуры с элементами рынка присущ организации, которые фокусируют внимание на внутренней поддержке и внешних позициях в сочетании с требуемой стабильностью и контролем.

Роли лидера в бюрократическом типе корпоративной культуры: Инструктор и Координатор.

Инструктор – технический, хорошо информированный эксперт. Личность, отслеживающая детали и знающая дело. В основании его или ее влияния лежит управление информацией. Активно поощряются документирование и информационный менеджмент.

Координатор – заслуживает доверия и надежен. Личность, поддерживающая структуру и рабочий поток. В основании его или ее влияния лежат инжиниринг по ситуации, управление календарными графиками, распределение назначений, размещение ресурсов и т. д. Активно поощряются стабильность и контроль.

Проведя анализ желаемого типа корпоративной культуры, мы видим, что респонденты предпочли бы клановый тип (Рис. 2). Этот тип представляет собой очень дружественное место работы, где у людей масса общего. Организации похожи на большие семьи. Лидеры или главы организаций воспринимаются как воспитатели и, возможно, даже как родители. Организация держится вместе благодаря преданности и

традиции. Высока обязательность организации. Она делает акцент на долгосрочной выгоде совершенствования личности, придает значение высокой степени сплоченности коллектива и моральному климату.

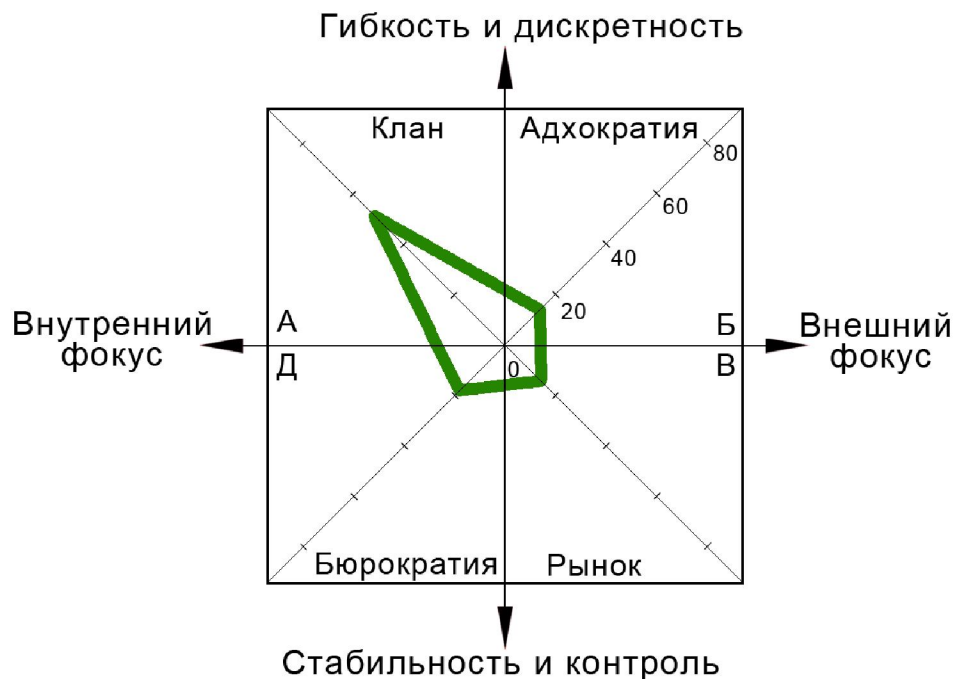


Рис. 2. Предпочитаемый тип корпоративной культуры в медицинских организациях

Успех определяется в терминах доброго чувства к пациентам – потребителям медицинских услуг и заботы о людях. Организация поощряет бригадную работу, участие людей в бизнесе и согласие.

Клановый тип корпоративной культуры с элементами рынка характерен для организаций, которые фокусируют внимание на внутреннем поддержании гибкости, заботе о людях и добром чувстве к потребителям. Не выпуская из внимания внутреннюю поддержку организации.

В клановой культуре выделяют два типа лидеров: Пособник и Наставник.

Пособник – ориентирован на людей и процессы. Личность, улаживающая конфликты и занятая поиском консенсуса. В основе его влияния лежит вовлечение людей в принятие решений и разрешение проблем. Активно поощряются участие в бизнесе и открытость.

Наставник – заботливый и проявляющий участие. Личность, осознающая других и проявляющая заботу о нуждах отдельных лиц. В основе его или ее влияния лежат взаимное уважение и доверие. Активно поощряются следование моральным принципам и преданность делу.

Пройдя все этапы анализа фактического и предпочитаемого типов организационной культуры на сводном графике в полной мере видно, что эти величины очень разнятся, и чувствуется необходимость изменения типа корпоративной культуры для дальнейшего улучшения работы персонала и оказания качественной медицинской помощи (Рис. 3).

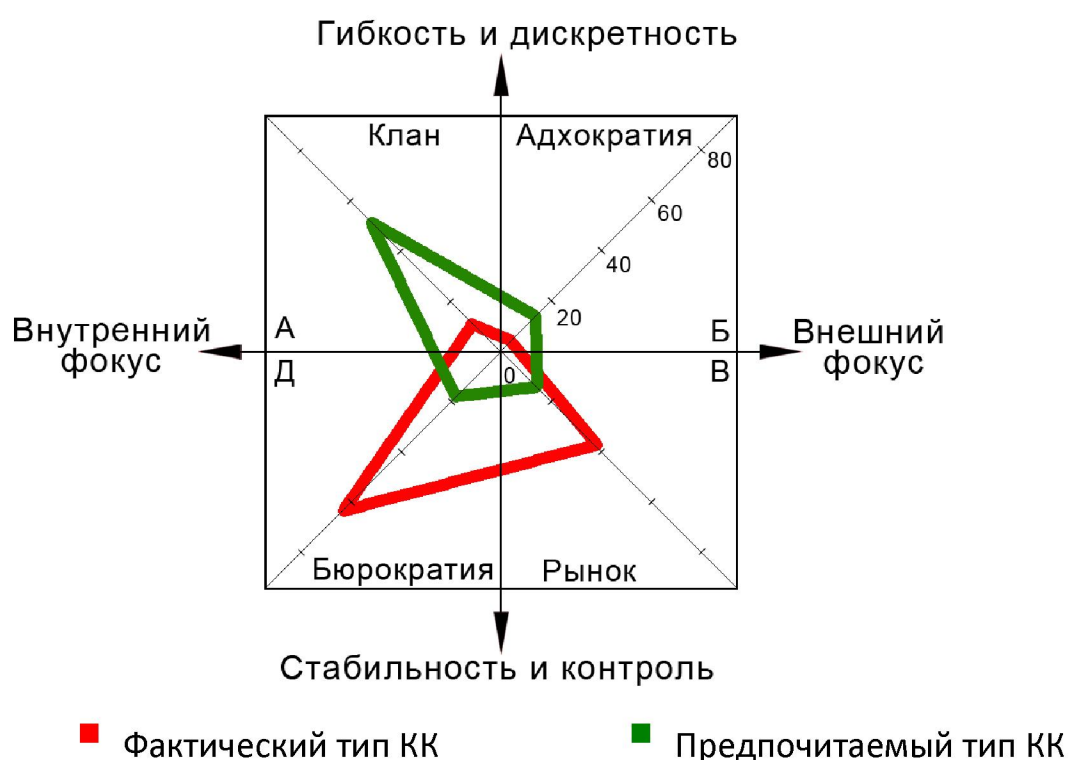


Рис. 3. Сводный график фактического и предпочитаемого типа корпоративной культуры в медицинских организациях

Такие отличия в фактическом и предпочитаемом типах организационной культуры требуют серьёзных организационных изменений. Процесс изменения корпоративной культуры длительный процесс, который лучше всего можно представить, как процесс обучения организации или социализации всех ее членов коллектива.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхов И. П., Калмыков А. А., Сенченко А. Ю. От концепции выживания к стратегии развития: стратегический менеджмент в здравоохранении // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2005. Т. 51, № 2. С. 75–80.
2. Калмыков А. А. Сенченко А. Ю. Концепция выживания как основная форма существования большинства лечебно-профилактических учреждений России // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. № 6. С. 46–49.
3. Лисицын Ю. П., Калмыков А. А., Сенченко А. Ю. Концепция стабилизации и развития - стратегия развития учреждений здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2005. № 8. С. 20–24.
4. Радугин А. А., Радугин К. А. Введение в менеджмент: социология организаций и управления. Воронеж, 1995. 196 с.
5. Кубр М. Управленческое консультирование: введение в профессию. М. : Планум, 2004. 976 с.
6. Артюхов И. П., Горбач Н. А., Бакшеева С. Л., Большакова И. А., Жарова А. В., Лисняк М. А., Кашпаров А. В. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности : учеб. пособие для послевуз. подготовки врачей. Красноярск, 2009. 102 с.
7. Артюхов И. П., Морозова Т. Д., Юрьева Е. А. Экономический анализ медицинских учреждений. Красноярск : Издат. проекты, 2006. 112 с.
8. Кемерон К. С., Куинн Р. Э. Диагностика и изменения организационной культуры. СПб. : Питер, 2001. 320 с.

Сведения об авторах

Сенченко Алексей Юрьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *sentchenko@mail.ru*

Акинфеева Елена Сергеевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *upravlenie_v_zo@mail.ru*

Сенченко Галина Васильевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *senchenkogalina@yandex.ru*

Юрьева Елена Анатольевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *elenaurlj@yandex.ru*

Злаказов Олег Владимирович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *zlak@mail.ru*

Authors

Senchenko Alexey Yurievich, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *sentchenko@mail.ru*

Akinfeeva Elena Sergeevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *upravlenie_v_zo@mail.ru*

Senchenko Galina Vasilievna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *senchenkogalina@yandex.ru*

Yuryeva Elena Anatolievna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *elenaurlj@yandex.ru*

Zlakazov Oleg Vladimirovich, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *zlak@mail.ru*

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К НЕТРАДИЦИОННОЙ ФОРМЕ СЕМЬИ

Сухарева Ирина Александровна¹, Пономарёва Ирина Валерьевна¹

¹Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Россия

Аннотация. Статья посвящена изучению вопроса становления нетрадиционной формы семьи в мире и возможности воспитания детей в однополых семьях. Проведен анализ отношения к данной проблеме среди студентов высших учебных заведений в Российской Федерации.

Ключевые слова: семья, однополый брак, воспитание детей.

ATTITUDE OF YOUNG PEOPLE TO NON-TRADITIONAL FORMS OF FAMILY

Sukhareva Irina Alexandrovna¹, Ponomaryova Irina Valerevna¹

¹Georgievskiy Medical Academy Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia

Abstract. The article is dedicated to study the problem of formation of non-traditional form of the family and upbringing of children in same-sex families. Analysis of the attitude to this question was held among university students of Russian Federation.

Keywords: family, same-sex marriage, upbringing of children.

Введение. Последние десятилетия в мире происходит существенная трансформация института семьи. Известно большое количество форм семейных отношений: официальный, церковный, гражданский, гостевой, однополый, пробный брак и др. Однако однополый брак до сих пор воспринимается неоднозначно, в связи с многочисленными моральными, религиозными и юридическими аспектами.

Первым шагом по юридическому утверждению однополых браков стало внедрение нового определения брака в некоторых странах мира. Так в Южно-Африканской республике вместо сексуального союза между мужчиной и женщиной апелляционный суд утвердил новый тезис – «союз между двумя людьми» [1]. В 2001 году Нидерланды первые легализовали однополые браки. В 2015 году соответствующий закон вступил в силу на территории Ирландии, Люксембурга, США, Гренландии, Финляндии.

Однополые браки в России официально не признаются, а другие формы союзов для однополых пар законодательством не предусмотрены. В соответствии с российским законодательством только один партнёр в однополой семье может усыновить ребёнка (либо быть его биологическим родителем), опекуном или приёмным родителем. Согласно закону, сексуальная ориентация не является поводом к отказу в усыновлении или опеке, но на практике гомосексуалисты часто сталкиваются с отказами [2, 3].

Современная семья является детоцентрической, то есть жизнедеятельность супругов направлена на рождение и воспитание детей, следовательно, легализация однополых браков неразрывно связана с желанием иметь детей. Многочисленные исследования показывают, что на развитие ребенка большее влияние оказывает психологическая атмосфера семьи, а не сексуальная ориентация родителей. К примеру, в Арканзасе были проведены научные исследования, которые показали, что ни пол, ни сексуальная ориентация не являются предпосылками снижения благополучия ребенка в приемной семье, таким образом, негативный «эффект гомосексуального родительства» доказан не был [4]. Американский ученый профессор Линн Вардл в своих трудах пишет о неоднозначности этих результатов [5]. Есть множество замечаний к проведению данных экспериментов: малочисленность контрольных групп и выборки, тенденциозность выборки, безосновательные научные гипотезы, неоднозначные выводы. В большинстве исследований

объектами изучения были однополые женские пары, имеющие хорошее образование, стабильный доход, проживающие в городах, и лишь в немногих – мужские союзы. В ряде исследований выявляются факторы, свидетельствующие о том, что дети, воспитывавшиеся в однополых парах, более склонны к гомосексуальной самоидентификации, более раннему рискованному сексуальному поведению, что связано с важным социально-психологическим механизмом общения – подражанием [6, 7, 8].

Согласно социологическому исследованию наши соотечественники стали более категоричными по отношению к этому вопросу, чем 10 лет назад: если в 2004 г. в праве на официальную регистрацию отношений лицам одного пола полностью отказывали 59 %, то сегодня – 80 % (чаще мужчины – 86 %, чем женщины – 75 %). Одновременно сократилась доля респондентов, убежденных, что гомосексуалисты могут заключать брачный союз (с 14 % до 8 %, соответственно), 3 % респондентов согласны с тем, что гомосексуалистам следует предоставить право на создание полноценной семьи, в том числе на воспитание приемных детей [9].

Цель исследования. Изучение отношения молодежи к нетрадиционной форме семьи.

Материалы и методы. Путем анкетирования 603 респондентов с помощью ресурса webanketa.com, были получены данные, обработанные с использованием прикладного пакета Microsoft Excel 2010. Среди респондентов – 77,0 % женщин, 23,0 % мужчин. Средний возраст опрошенных составил $22,0 \pm 4,0$ года.

Результаты и обсуждение. Свою нетрадиционную сексуальную ориентацию признали 12,0 % молодых людей: из них 3,0 % – гомосексуалисты (50,0 % – мужского пола), 8,0 % – бисексуалы (92,0 % женского пола, 8,0 % – мужского) и 1,0 % – асексуалы (все лица женского пола).

Первопричиной возникновения нетрадиционной сексуальной ориентации 34,0 % респондентов считают генетически детерминированные особенности, 16,0 % – результат плохого воспитания, 15,0 % – соращение в детстве, а 21,0 % опрошенных рассматривает нетрадиционную сексуальную ориентацию, как заболевание.

На вопрос об отношении к нетрадиционной сексуальной ориентации 43,0 % респондентов высказало мнение, что это частное дело каждого, 22,0 % рассматривает это явление, как социально обусловленную болезнь, а 8,0 % настаивает на необходимости оказания этой категории граждан медицинской помощи. Считают гомосексуалистов опасными людьми, которых следует изолировать от общества, 5,0 % респондентов. Около 32,0 % молодых людей допустили, что их традиционная сексуальная ориентация могла бы измениться под влиянием пропаганды в детском возрасте.

Около 70,0 % респондентов негативно относятся к легализации однополых браков на территории РФ, и этот процент варьирует в зависимости от количества знакомых с нетрадиционной сексуальной ориентацией: 58,0 % среди людей, не имеющих ни одного знакомого, 29,0 % – с одним-двумя и лишь 3,0 % респондентов с более чем тремя знакомыми гомосексуалистами. При этом 18,0 % опрошенных в целом положительно относятся к воспитанию детей в гомосексуальных браках. Воспитание детей в однополых семьях считают неблагоприятным, в сравнении с гетеросексуальной семьей, 61,0 % респондентов.

В последнее время большую дискуссию вызвало явление coming out (процесс открытого признания человеком своей принадлежности к сексуальному меньшинству). Предпочли обсудить и разобраться в сложившейся ситуации при столкновении с этой проблемой в семье 37,0 % респондентов, а 2,0 % опрошенных прекратили бы общение со своим ребенком и выгнали бы его из дома.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что в связи с широким освещением мировых культурных тенденций, молодые люди стали толерантными к нетрадиционной сексуальной ориентации, в частности к однополым бракам, но в то же время они против пропаганды данной формы брачно-семейных отношений. Данная тенденция является неблагоприятной, что требует разработки социальных программ государства с целью сохранения традиционной формы семьи в Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голод С. И. Семья: прокреация, гедонизм, гомосексуализм // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. XV, № 2. С. 20–38.
2. Келли, Гэри Ф. Основы современной сексологии. СПб. : Питер, 2000. 896 с.
3. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015) // СПС КонсультантПлюс.
4. Wardle L. D. Comparative Perspectives on Adoption of Children by Cohabiting, Nonmarital Couples and Partners [Electronic resource] // Arkansas Law Review. 2010. Vol. 63. P. 31. URL: <http://lawreview.law.uark.edu/wp-content/uploads/2010/04/10-Wardle.pdf> (дата обращения: 19.06.2016)
5. Wardle L. D. The «Inner Lives» of children in lesbigay adoption: narratives and other concerns // St. Thomas. L. Review. 2005. № 18. P.511.
6. Исаева Е. А., Сочнева О. И. Воспитание детей однополыми супругами: вопросы теории и практики [Электронный ресурс] // ИСОМ. 2012. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vospitanie-detey-odnopolymi-suprugami-voprosy-teorii-i-praktiki> (дата обращения: 19.06.2016)
7. Барабанов Р. Е. Гомосексуализм в контексте гендерной идентификации и сексуальной ориентации // Молодой ученый. 2012. № 2. С. 209–216.

8. Исаева Е. А. Однополые пары и дети: аспекты британского и американского законодательства // Социально-юридическая тетрадь. 2012. № 2. С. 139–143.

9. Однополые браки: за и против [Электронный ресурс] // Пресс-выпуск ВЦИОМ. 2015. № 2876. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115315> (дата обращения: 19.06.2016)

Сведения об авторах

Сухарева Ирина Александровна, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского, Россия, Республика Крым, Симферополь 295007, проспект академика Вернадского 4; e-mail: sukhareva_irina@mail.ru

Пономарёва Ирина Валерьевна, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского, Россия, Республика Крым, Симферополь 295007, проспект академика Вернадского 4; e-mail: heaven.or.oblivion@ya.ru

Authors

Sukhareva Irina Alexandrovna, Georgievskiy Medical Academy Vernadsky Crimean Federal University, Address: 4, prospectus of the academician Vernadsky, Republic of Crimea, Simferopol 295007; e-mail: sukhareva_irina@mail.ru

Ponomaryova Irina Valerevna, Georgievskiy Medical Academy Vernadsky Crimean Federal University, Address: 4, prospectus of the academician Vernadsky, Republic of Crimea, Simferopol 295007; e-mail: heaven.or.oblivion@ya.ru

**ИЗУЧЕНИЕ СПРОСА В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ
ПОДДЕРЖКИ И СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЖИТЕЛЯМ Г. КРАСНОЯРСКА**

*Тихонова Наталья Владимировна¹, Сабанова Анжелика Олеговна¹,
Кутумова Ольга Юрьевна¹*

*¹Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены данные по определению потребности в социально-медицинских услугах и социальной поддержки среди жителей г. Красноярск. Данные исследования позволяют определить объемы среднего и минимального спроса на медико-социальные услуги, что позволяет планировать ресурсную базу учреждений здравоохранения и социальной защиты для обеспечения данного вида спроса.

Ключевые слова: спрос, медико-социальные услуги, социальная поддержка.

**STUDYING OF DEMAND IN THE FIELD OF RENDERING SOCIAL
SUPPORT AND SOCIAL MEDICAL CARE TO RESIDENTS OF
KRASNOYARSK**

*Tikhonova Natalya Vladimirovna¹, Sabanova Anjelica Olegovna¹,
Kutumova Olga Yuryevna¹*

¹Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. Data on definition of need for social and medical services and social support among residents of Krasnoyarsk are presented in article. These researches allow to determine volumes of average and minimum demand for medico-social services that allows to plan resource base of healthcare institutions and social protection for providing this type of demand.

Keywords: demand, medico-social services, social support.

Введение. Основной задачей государства в настоящее время является проведение мероприятий по улучшению качества жизни

населения, и, прежде всего, за счет решения основных проблем, ухудшающих качество жизни, и повышения качества медико-социальной помощи, которая должна планироваться с обязательным учетом особых потребностей населения каждого региона страны в этом виде помощи.

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического, реабилитационного и юридического характера, проводимый на государственном и региональном уровнях и направлена на удовлетворение основных потребностей социально уязвимой категории граждан (граждане пожилого возраста, люди с ограниченными возможностями – инвалиды) [1, 2, 3, 4, 5]. Данная помощь предоставляется стационарными учреждениями, как сферы здравоохранения, так и сферы социального обслуживания граждан.

В Красноярском крае изучение этой проблемы представляет особую актуальность ввиду сложной социально-экономической обстановки.

В связи с этим целью исследования стало определение потребности в социально-медицинских услугах среди жителей г. Красноярска.

Материалы и методы. Использованы социологический, статистический, аналитический методы.

Результаты исследования базируются на данных авторской анкеты.

Анкетировалось взрослое население (18 и старше) г. Красноярска. Было собранно 207 анкет, что обеспечило репрезентативность в пределах доверительного интервала не более $\pm 10 \%$. Данные представлены в виде процентных долей $P (\%)$, стандартной ошибки доли $m \pm$ и доверительных интервалов Ди 95.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным в той или иной социальной поддержке нуждаются не менее 11,7 % жителей города Красноярска (Табл. 1).

Таблица 1

Вопрос: «Нуждаются ли Вы или постоянно проживающие с вами близкие люди в социальной поддержке»

Ответ	P (%)	m ±	Ди 95(–)	Ди 95 (+)	Среднее*	Min*
Нет	83,1	2,6	77,9	88,3		
Да	16,9	2,6	11,7	22,1	149082	103587
	100,0				882141	882141

*Здесь и далее. Экстраполирование на взрослое население города Красноярск.

Анализ ответа на вопрос: «Нуждаются ли вы в уходе, как за человеком, лишенным возможности самостоятельно передвигаться, принимать пищу, осуществлять гигиенические мероприятия» показал, что серьезного уровня ухода (пациентов, временно лишенных возможности самообслуживания) периодически требуют у 13596 человек. Кроме того, среди проживающих с респондентами родными и близкими в постоянном уходе нуждаются не менее 0,9 % (7887 человек) не способных к самообслуживанию.

В состоянии ограничения подвижности, требующего противопролежневых мероприятий, периодически находятся 5200 опрошенных жителей г. Красноярск (Табл. 2).

Таблица 2

Вопрос: «Нуждались ли вы в противопролежневых мероприятиях»

Ответ	P (%)	m ±	Ди 95 (–)	Ди 95 (+)	Средне*	Min*
Нет	97,1	1,2	94,8	99,4		
Да иногда	2,9	1,2	0,6	5,2	25582	5210
Всего	100,0				882141	882141

Среди проживающих с респондентами родственников на момент опроса в противопролежневых мероприятиях нуждались 334 человек.

К основным мероприятиям по уходу относится помощь на дому, были проанализированы ее составляющие (Табл. 3, 4, 5).

Таблица 3

Вопрос: «Нуждается ли вы помощи по доставке на дом продуктов»

Ответ	P (%)	m ±	Ди 95 (–)	Ди 95 (+)	Среднее	Min
Нет	92,8	1,8	89,2	96,3		
Да иногда	3,9	1,3	1,2	6,5	34092	10692
Да постоянно	3,4	1,3	0,9	5,9	29831	7887
Всего	100,0				882141	882141

В постоянной помощи связанной с доставкой продуктов на дом и уборкой квартиры нуждаются более 7887 жителей г. Красноярск.

Таблица 4

Вопрос: «Нуждается ли вы помощи по уборке квартиры»

Ответ	P(%)	m ±	Ди 95 (–)	Ди 95 (+)	Среднее	Min
Нет	91,8	1,9	88,0	95,6		
Да иногда	4,8	1,5	1,9	7,8	42616	16585
Да постоянно	3,4	1,3	0,9	5,9	29831	7887
Всего	100,0				882141	882141

Примерно такое же число респондентов отмечали потребность в помощи по приготовлению пищи 3,4 % (более 7887 человек).

Таблица 5

Вопрос: «Нуждается ли вы в помощи по приготовлению пищи?»

Ответ	P (%)	m ±	Ди 95 (–)	Ди 95 (+)	Среднее	Min
Нет	94,2	1,6	91,0	97,4		
Да иногда	2,4	1,1	0,3	4,5	21308	2668
Да постоянно	3,4	1,3	0,9	5,9	29993	7990
Всего	100,0				882141	882141

Данные о потребности в помощи по обеспечению прогулок требуют уточнения по постоянной потребности, а по периодической потребности составляют 2,4 % (2669 человек). Наряду с медико-социальными проблемами для данной категории граждан характерно наличие социальных и психологических проблем. Поэтому отдельного внимания заслуживает вопрос о нуждаемости в психологической поддержке. Периодически данную потребность испытывают не менее 5203 жителей, на потребность в постоянной поддержке указал 1,0 % респондентов.

Таким образом, среди жителей г. Красноярска отмечается спрос на услуги, связанные с уходом за ограниченными в самообслуживании лицами – 38354 человек в год, помощью по дому – 42616 человек в год (доставка продуктов на дом, уборка по дому). В целом служба социального обеспечения удовлетворяет потребности данной группы населения по качеству и на 90 % – по количеству. Однако, есть целевая группа из нескольких сотен человек, не охваченных в достаточной мере данными видами помощи и, ресурс 10–15 сестер милосердия мог бы обеспечить данную потребность. Возможно наличие скрытого спроса, но для его выявления требуется более углубленное социологическое исследование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхов И. П., Борцов В. А., Шульмин А. В. Совершенствование организации медико-социальной помощи социально дезадаптированным пациентам // Проблемы управления здравоохранения. 2009. № 1. С. 73–76.
2. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным // Проблемы управления здравоохранением. 2011. № 4. С. 79–82.
3. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 3–7.

4. Садыкова А. В., Шнайдер Н. А., Мельников Г. Я., Шульмин А. В. Социальная реабилитация семей родственников, больных эпилепсией // Сибирское медицинское обозрение. 2008. №2 (50). С. 71–73.

5. Ярцев С. Е., Андреева О. В., Петрова О. А., Макарова М. М. Организационно-функциональная модель деятельности среднего медицинского персонала по оказанию медико-социальной помощи пожилым // Главная медицинская сестра. 2009. № 11. С. 19–29.

Сведения об авторах

Тихонова Наталья Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *nvt24@mail.ru*

Сабанова Анжелика Олеговна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *angelok130463@mail.ru*

Кутумова Ольга Юрьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *krscmp@yandex.ru*

Authors

Tikhonova Natalya Vladimirovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *nvt24@mail.ru*

Sabanova Anjelica Olegovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *angelok130463@mail.ru*

Kutumova Olga Yuryevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *krscmp@yandex.ru*

**МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ
В СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ (НА ПРИМЕРЕ КГАУ СО КГЦ «УЮТ»)**

*Тихонова Наталья Владимировна¹, Бондаренко Наталья Игоревна²,
Астанина Наталья Геннадьевна¹, Шефер Виктория Викторовна¹*

¹*Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

²*Региональный геронтологический центр «Уют», Красноярск, Россия*

Аннотация. Большое внимание в учреждениях социального обслуживания пожилых граждан должно оказываться оценке качества предоставляемых услуг. Целью данного исследования явилась оценка удовлетворенности клиентов качеством социально-психологических услуг в геронтологическом центре и разработка рекомендаций, направленных на его повышение.

Ключевые слова: локус контроля, оценка качества, социально-психологическая реабилитация, пожилые люди.

**QUALITY MANAGEMENT OF REHABILITATION SERVICES IN
SOCIAL ESTABLISHMENTS OF THE GERONTOLOGICAL
PROFILE (ON THE EXAMPLE OF KGAU FROM KHZ "COSINESS")**

*Tikhonova Natalya Vladimirovna¹, Bondarenko Natalya Igorevna²,
Astanova Natalya Gennadyevna¹, Schäfer Viktoria Viktorovna¹*

¹*Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

²*Regional gerontological center "Uyut", Krasnoyarsk, Russia*

Abstract. The great attention in establishments of social service of elderly citizens has to be paid to an assessment of quality of the provided services. An objective of this research was the assessment of satisfaction of clients with quality of social and psychological services in the gerontological center and development of the recommendations submitted on his increase.

Keywords: control locus, quality assessment, social and psychological rehabilitation, elderly people.

Введение. В настоящее время для успешного функционирования учреждений социальной сферы одним из главных факторов является полная удовлетворенность потребителей предоставляемыми услугами. Особое значение это имеет в обслуживании клиентов пожилого возраста, которые предъявляют повышенные требования к качеству медико-социальных услуг и в большинстве случаев остаются ими не удовлетворены [1].

В связи с данной проблемой необходимо уделять больше внимания оценке качества услуг и разработке управленческих мероприятий по их улучшению в системе социального обслуживания населения [2, 3].

Цель исследования. Оценка удовлетворенности клиентов качеством социально-психологических услуг в КГАУ СО КГЦ «Уют» и разработка рекомендаций, направленных на его повышение.

Для достижения этой цели нами поставлены следующие задачи:

- 1) провести оценку удовлетворенности клиентов КГЦ «Уют» качеством реабилитационных, в том числе социально-психологических услуг;
- 2) провести диагностику психологического состояния пожилых людей;
- 3) установить взаимосвязь между показателями интернальности и оптимизма;
- 4) разработать практические рекомендации для специалистов, реализующих программы реабилитации лиц пожилого возраста по повышению качества предоставляемых социально-психологических услуг.

Материалы и методы. Применены социологический, статистический, психологический методы. Для исследования были использованы методики: Методика Локус контроля (Роттера); Тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой – Сычёва – Осина);

Анкета оценки качества медицинских услуг; Анкета оценки реабилитационного маршрута пациента (оценка качества социально-психологических услуг).

База проведения исследования: Краевой геронтологический центр «Уют». В исследовании приняли участие лица пожилого возраста, получавшие медико-социальные услуги в геронтологическом центре «Уют» в 2015 году. Всего обследовано 91 человек. Средний возраст респондентов составил 68 лет (по Me).

Результаты и обсуждение. Согласно анкетированию по оценке качества медицинских услуг и реабилитационного маршрута пациента (оценка качества социально-психологических услуг) мы получили следующие данные, представленные в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Средний балл оценки качества медицинских и социально-психологических услуг за 2013–2015 гг.

Год	Врач	Средний медицинский персонал	Специалист по социальной работе	Психолог
	Средний балл			
2013	4,6	4,3	4,1	3,9
2014	4,8	4,3	4,3	4,1
2015	4,8	4,6	4,4	4,0

Оценка качества услуг, предоставляемых клиентам, проводимая учреждением путем анонимного анкетирования показала, что медицинские услуги оцениваются клиентами выше, чем социально-психологические. При этом, комплексная программа реабилитации, включающая медицинские и социально-психологические услуги, оцениваются выше, чем медицинская и социально-психологическая составляющие этой программы по отдельности.

Таблица 2

Оценка уровня удовлетворенности качеством комплексной программы реабилитации за 2013–2015 гг. (в %)

Оценка	2013	2014	2015
Удовлетворяет полностью	87,0	89,0	95,0
Удовлетворяет частично	13,0	11,0	5,0
Полностью не удовлетворяет	0	0	0

Конкретных жалоб и претензий по оказанию социально-психологической помощи в анкетах указано не было.

Поэтому мы предполагаем, что оценка качества услуг зависит от психологического состояния пожилых людей. В связи с этим, в ходе исследования, нами была проведена диагностика психологических состояний. Было выявлено, что большинство опрошенных лиц пожилого возраста относились к представителям интернальной формы локус контроля (69,0 %), пожилые люди экстернальной формы локус контроля встречались в 31,0 % случаев.

Также, согласно полученным данным 11,0 % клиентов относятся к оптимистам, 87,0 % к пессимистам и у 2,0 % респондентов в равной степени присутствует и оптимизм, и пессимизм.

В результате исследования мы выявили взаимосвязь между показателями интернальности и уровнем оптимизма и рассчитали коэффициент корреляции Спирмена = $-0,575$, значение которого свидетельствует о наличии обратной связи средней степени выраженности. Корреляция между интернальностью и оптимизмом в пожилом возрасте статистически значима. Несмотря на низкий уровень оптимизма, можно говорить о высокой интернальности локуса контроля в данной возрастной группе. Вероятно, это обусловлено тем, что ожидание того, что в будущем будут скорее происходить хорошие события, чем плохие, для пожилых людей в современной экономической ситуации

практически абсурдно. Однако, при всей неблагоприятности прогноза на будущее, эти люди по-прежнему сохраняют высокую степень вовлеченности в жизнь, признают свою ответственность за ее качество и надеются на лучшее.

В результате исследования мы пришли к следующим выводам:

1) анализ оценки удовлетворенности качеством реабилитационных услуг свидетельствует о более низкой оценке качества социально-психологических услуг клиентами, по сравнению с медицинскими;

2) более низкий уровень удовлетворенности качеством социально-психологических услуг связан с психологическим состоянием пожилых людей;

3) оптимизм обратно пропорционален интернальности локуса контроля.

Опираясь на выводы, были разработаны рекомендации:

1) при реализации программ реабилитации пожилым людям необходимо учитывать их социально-психологические особенности;

2) для разработки управленческих мероприятия, направленных на повышение качества медико-социальных услуг, необходимо особое внимание уделять внедрению инновационных подходов в социально-психологической реабилитации, направленной на формирование позитивного настроения и эмоционального благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куркина М. И. Уровень и качество жизни в условиях старения населения // Система ценностей современного общества. 2010. № 12. С. 252.
2. Бурнадз Т. И. Качество социальных услуг: методологические и правовые проблемы // Молодой ученый. 2015. № 11. С. 765–768.

3. Куркина М. И. Концептуальные основы управления качеством социальных услуг в условиях модернизации // Экономика и предпринимательство. 2013. № 9. С. 124–128.

Сведения об авторах

Тихонова Наталья Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *nvt24@mail.ru*

Бондаренко Наталья Игоревна, Региональный геронтологический центр «Уют»; e-mail: *angelok130463@mail.ru*

Астанина Наталья Геннадьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *asnataliya@mail.ru*

Шефер Виктория Викторовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *scheferv@mail.ru*

Authors

Tikhonova Natalya Vladimirovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *nvt24@mail.ru*

Bondarenko Natalya Igorevna, Krasnoyarsk public autonomous institution of social service "Regional gerontological center "Uyut", Krasnoyarsk, Russia; e-mail: *angelok130463@mail.ru*

Astanina Natalya Gennadyevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *asnataliya@mail.ru*

Schäfer Viktoria Viktorovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *scheferv@mail.ru*

ОЦЕНКА УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ И ОПТИМИЗМА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ КАК ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ

Тихонова Наталья Владимировна¹, Астанина Наталья Геннадьевна¹

*¹Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

Аннотация. Статья посвящена социально-психологическому аспекту комплексной реабилитации пожилых людей. Целью данной работы явилась оценка субъективного контроля оптимизма в пожилом возрасте. При проведении исследования использовались методика Локус контроля (Роттера) и тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой - Сычёва - Осина). В результате исследования было установлено следующее: чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека, в связи с чем в психологической реабилитации данной категории населения необходимо использовать методы и формы работы, направленные только на повышение уровня эмоционального благополучия.

Ключевые слова: пожилые люди, социально-психологический аспект, экстернальность, интернальность, уровень оптимизма, уровень пессимизма.

ASSESSMENT OF LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL AND OPTIMISM AT ADVANCED AGE AS THE REHABILITATION FACTOR

Tikhonova Natalya Vladimirovna¹, Astanina Natalya Gennadyevna¹

¹Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. Article is devoted social psychologically to aspect of complex rehabilitation of elderly people. The purpose of this work was the assessment of subjective control of optimism at advanced age. When carrying out research a technique the Locus of control (Rotter) and the Dispositional Optimism test

were used (Gordeeva's Version – Sychyova – the Aspen); As a result of research the following has been established: the internal level is higher, the level of optimism of the elderly person in this connection in psychological rehabilitation of this category of the population it is necessary to use methods and forms of work directed only to increase of level of emotional wellbeing is lower.

Keywords: elderly people, social and psychological aspect, externality, internality, optimism level, pessimism level.

Введение. С увеличением доли пожилых людей в общей численности населения в значительной мере обострилась необходимость внедрения инновационных подходов в реабилитацию лиц данной возрастной категории. Человеку в поздние годы приходится не только адаптироваться к быстро меняющимся социокультурным условиям, но и адаптировать эти условия к себе, участвовать в создании благоприятных для своего развития ситуаций [1, 2, 3].

Пожилый человек, как субъект жизнедеятельности – это субъект изменений и развития основных условий своего бытия. Психологическое поле его действий должно быть наполнено новыми смыслами. При этом пожилые пациенты обнаруживают у себя признаки социального старения – некоторые новые области общественной реальности оказываются неосвоенными ими. Многие оказываются менее выносливыми, снижается их работоспособность [4]. Обнаруживаются потери в когнитивной сфере: слабеет память, замедляются интеллектуальные процессы и т. д. Эти изменения требуют приспособления личности к себе, поиска своих новых возможностей; овладения способами совладения с трудностями. Поэтому, социально-психологический аспект является одной из важнейших составляющих комплексной реабилитационной программы пожилых людей.

Цель исследования. Оценка субъективного контроля оптимизма в пожилом возрасте.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- 1) провести тестирование по методикам Локус контроля (Роттера) и Диспозиционный оптимизм (Версия Гордеевой – Сычёва – Осина);
- 2) провести статистический анализ полученных данных;
- 3) определить направление психологической работы с пожилыми клиентами по повышению оптимизма.

Материалы и методы. Для исследования были использованы статистический и психологический методы. Применены психологические методики [5, 6]: Методика Локус контроля (Роттера); Тест «Диспозиционный оптимизм» (Версия Гордеевой – Сычёва – Осина).

Исследование проводилось среди лиц пожилого возраста на базе Краевого геронтологического центра «Уют», всего было обследовано 91 человек, средний возраст которых составил 68 лет.

Результаты исследования. Анализ выборки лиц пожилого возраста показал, что среди опрошенных 87,5 % лица женского пола и 12,5 % – мужского. Респонденты в 82,1 % случаев проживают на территории г. Красноярска и городов Красноярского края, 17,9 % – жители сельской местности. Также, больше половины из них проживают в одиночестве, после потери супруга (56,0 %), около трети состоят в браке (38,0 %) и 6,0 % опрошенных никогда не вступали в семейные отношения.

В ходе исследования было необходимо определить имеется ли связь между интернальностью Локуса контроля и оптимизмом у людей пожилого возраста.

Диспозиционный оптимизм является относительно устойчивой личностной характеристикой, отражающей позитивные ожидания субъекта относительно будущего. В свою очередь, оптимисты, как люди,

видящие в будущем, в основном, положительные моменты, более склонны к активным действиям, чем пессимисты.

В рамках исследования была проведена диагностика психологических состояний с целью определения уровня оптимизма у пожилых пациентов и их принадлежности к определенному типу Локус контроля.

Большинство опрашиваемых лиц пожилого возраста относились к представителям интернальной формы локус контроля (69,0 %), пожилые люди экстернальной формы локус контроля встречались в 31,0 % случаев. Также, согласно полученным данным 11,0 % клиентов относятся к оптимистам, 87,0 % – к пессимистам и у 2,0 % респондентов в равной степени присутствует и оптимизм, и пессимизм. При помощи расчета коэффициента корреляции Спирмена была выявлена взаимосвязь между показателями интернальности и уровнем оптимизма. Получено значение корреляции = -0.575 , что говорит об обратной связи показателей средней степени. Корреляция между интернальностью и оптимизмом в пожилом возрасте статистически значима. Уровень оптимизма обратно пропорционален интернальности локуса контроля.

На основании полученных результатов, можно сделать следующий вывод: чем выше уровень интернальности, тем ниже уровень оптимизма пожилого человека. Исходя из полученных данных, для специалистов реализующих социально-психологическую реабилитацию пожилых пациентов рекомендуется: использовать в психологической реабилитации методы и формы работы, направленные только на повышение уровня эмоционального благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кадырова В. Х. Психологические особенности эмоциональной сферы пожилых людей // Концепт. 2012. № 7. С.32–34.

2. Краснова О. В., Лидерс А. Г. Социальная психология старости : учеб. пособие. М. : Академия, 2008. 288 с.
3. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии. Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2006. 223 с.
4. Свищева Е. Е. Психосоциальная геронтология и методы психосоциальной помощи лицам пожилого и старческого возраста // Программа и планы семинарских занятий для студентов специальности 350500 «Социальная работа». Курган : Изд-во Курган. гос. ун-та, 2004. 13 с.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : Бахрах-М, 2001. 141 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие. Самара : Бахрах-М, 2005. 672 с.

Сведения об авторах

Тихонова Наталья Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: nvt24@mail.ru

Астанина Наталья Геннадьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: asnataliya@mail.ru

Authors

Tikhonova Natalya Vladimirovna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: nvt24@mail.ru

Astanina Natalya Gennadyevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: asnataliya@mail.ru

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТИЗМ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

*Фокас Наталья Николаевна¹, Горбач Наталья Андреевна¹,
Левенец Анатолий Александрович¹, Чучунов Андрей Александрович¹,
Метелев Иван Андреевич¹*

*¹Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

Аннотация. Представлен анализ челюстно-лицевого травматизма населения Красноярского края, полученного в состоянии алкогольного опьянения, за семилетний период (2008–2014 гг.). Выявлен рост более чем в 2 раза травм челюстно-лицевой области, полученных в состоянии алкогольного опьянения. Рассмотрены социально-гигиенические и клинические особенности данной группы пострадавших. Установлено, что среди травмированных преобладали мужчины в возрасте от 30 до 49 лет, в основном безработные, со средним образованием. Основной причиной травм явился бытовой травматизм со значительной долей криминального травматизма. За изученный период времени произошло увеличение сочетанной челюстно-лицевой травмы. Полученные данные являются основой для разработки рекомендаций по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим.

Ключевые слова: травматизм челюстно-лицевой области, алкогольное опьянение, население, социально-гигиенические и клинические особенности.

MAXILLOFACIAL TRAUMATISM OF THE POPULATION OF KRASNOYARSK TERRITORY IN THE ALCOHOL INTOXICATION

*Fokas Natalya Nikolaevna¹, Gorbach Natalia Andreevna¹,
Levenets Anatoly Aleksandrovich¹, Chuchunov Andrey Aleksandrovich¹,
Metelev Ivan Andreevich¹*

¹Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. The analysis of maxillofacial traumatism of the population of Krasnoyarsk Territory received in an alcohol intoxication for the seven-year period (2008-2014) is submitted. Body height more than twice of the injuries of maxillofacial area got in an alcohol intoxication is taped. Social and hygienic and clinical features of this group of victims are considered. It is established that among injured men aged from 30 till 49 years, generally jobless, with secondary education prevailed. Household traumatism with an appreciable share of criminal traumatism was the main reason of injuries. For the studied period of time there was an augmentation of the combined maxillofacial trauma. The obtained data are a basis for development of references on improvement of the organization of a medical care injured.

Keywords: Traumatism of maxillofacial area, alcoholic intoxication, population, social and hygienic and clinical features.

Введение. Алкогольное опьянение является одним из ключевых факторов травмирования населения. По данным различных авторов в состоянии алкогольного опьянения в момент получения травмы находились от 19 % до 24 % пострадавших [1, 2]. При этом доля мужчин на момент получения травмы находившихся в состоянии алкогольного опьянения составляла от 50 % до 89,1 % среди всех травмированных [3, 4]. Авторами выявлена закономерность, согласно которой высокая доля алкоголя в крови ассоциируется с черепно-мозговой травмой, доля пострадавших, поступавших в состоянии алкогольного опьянения с признаками ЧМТ, составляла от 37,8 % до 51,7 % [3, 5]. Так же

необходимо отметить более высокую смертность населения из-за употребления алкоголя. Это относится, в первую очередь, к пострадавшим с ЧМТ, доля которых, по данным разных авторов, составляла от 38 % до 65,2 % [2, 3, 6, 7]. Высокий уровень травматизма населения, получившего травму в состоянии алкогольного опьянения, недостаточная изученность социально-гигиенических и клинических особенностей челюстно-лицевого травматизма обусловили выбор темы исследования.

Цель исследования. Изучить челюстно-лицевой травматизм населения Красноярского края, получившего травму в состоянии алкогольного опьянения, и выявить его социально-гигиенические и клинические особенности.

Материалы и методы. Объектом исследования являлся челюстно-лицевой травматизм населения Красноярского края, получившего травму в состоянии алкогольного опьянения. Предметом исследования послужили социально-гигиенические особенности пострадавших (пол, возраст, социальный статус), а также клинические особенности полученных травм челюстно-лицевой области. Единицей наблюдения являлся случай травмы челюстно-лицевой области в состоянии алкогольного опьянения.

Изучены материалы базы данных о челюстно-лицевом травматизме населения Красноярского края за период с 2008 г. по 2014 г. по данным отделения челюстно-лицевой хирургии Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (ЧЛХ КГБУЗ ККБ), в которое поступает основная масса пострадавших.

Информация о каждом пострадавшем заносилась в базу данных «Особенности черепно-челюстно-лицевого травматизма», на которую получено свидетельство о государственной регистрации [8]. База данных использована в качестве аналитического инструмента. База данных

создана на основе Microsoft Office AccessTM и включила в себя все данные об пострадавших с челюстно-лицевыми травмами за период с 2008 г. по 2014 г. (общее число пациентов за исследуемый период составило 7466 человек, в том числе 2617 пострадавших с травмами челюстно-лицевой области, из них 559 – получили травмы в состоянии алкогольного опьянения). Сформированная база данных позволила рассмотреть данный вид травматизма челюстно-лицевой области наиболее полно.

При работе были использованы следующие методы: аналитический, статистический. Статистическая значимость различий показателей определялась с помощью критерия Фишера (ϕ^* – угловое преобразование Фишера).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что доля пострадавших, в момент получения травмы, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, за семилетний период увеличилась более чем в два раза, с 15,8 на 100 пострадавших в 2008 г. до 35,8 на 100 пострадавших в 2014 г. (различия статистически значимы, $\phi^*_{\text{эмп}} = 6,573$).

На протяжении всего периода исследования основную часть пострадавших составляли мужчины (в среднем данный показатель составил 93 % с незначительными колебаниями в 2–3 % в разные годы).

Основную долю среди пострадавших на протяжении изученного периода времени составляли лица в возрасте от 30 до 49 лет (в 2008 г. 57,6 %, в 2014 г. – 51,3 %) (Рис. 1). Однако выявлен рост в полтора раза пострадавших более молодого возраста, получивших челюстно-лицевую травму в состоянии алкогольного опьянения: так в 2008 г. доля лиц в возрасте 18–29 лет составила 23,7 %, а в 2014 г. – 36,4 %, (различия статистически значимы, $\phi^*_{\text{эмп}} = 1,816$).

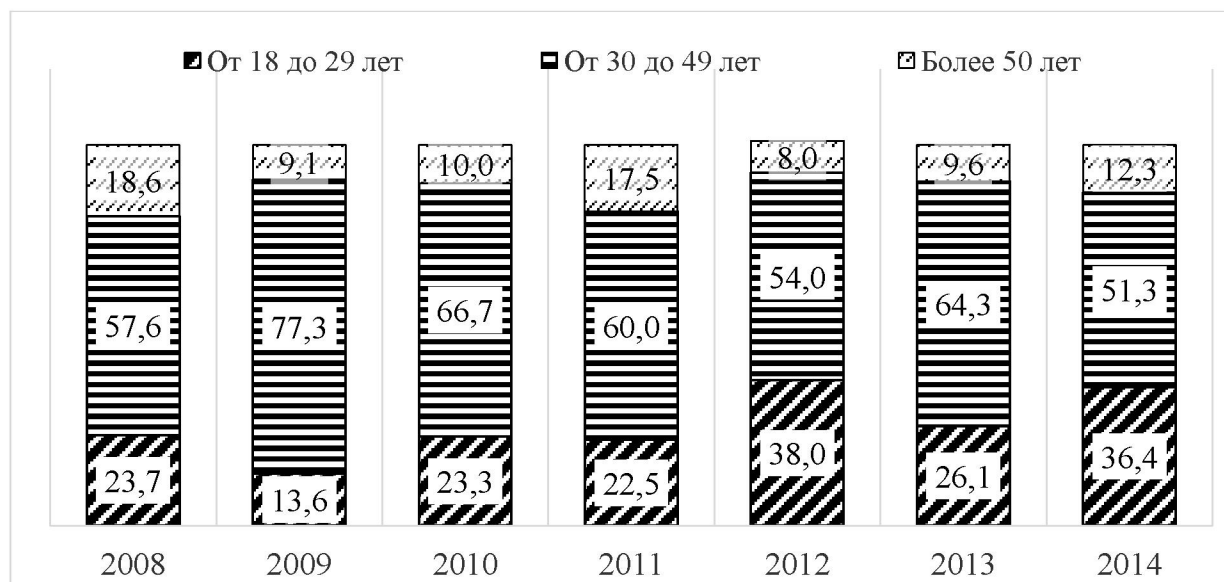


Рис. 1. Распределение пострадавших по возрастным группам (в %)

Основную долю среди пострадавших на протяжении всего изученного периода времени составляли безработные, при этом выявлен рост показателя к 2014 году (в 2008 г. – 55,9%, в 2009 г. – 68,2%, в 2010 г. – 50,0%, в 2011 г. – 60,0%, в 2012 г. – 46,4%, в 2013 г. – 63,7%, в 2014 г. – 67,5%), различия статистически значимы: $\varphi^*_{\text{ЭМП } 2008-2014} = 1,783$.

Уровень образования у пострадавших был, в основном, средним (73,9 % от всех респондентов). Доля лиц со средне-профессиональным образованием составила 20,9 %, с высшим образованием – 5,2 %. Данная тенденция сохраняется на протяжении всего периода исследования с незначительными колебаниями.

Основными причинами травмирования пострадавших был бытовой и автодорожный травматизм, который включал в себя и травмы криминального характера. В течение всего рассматриваемого периода основной причиной травмирования в состоянии алкогольного опьянения была бытовая травма, которая составила в среднем 90,6 случаев на 100 травмированных (в 2008 г. – 91,5; в 2009 г. – 86,4; в 2010 г. – 90,0; в 2011 г. – 95,0; в 2012 г. – 89,7; в 2013 г. – 90,5; в 2014 г. – 90,9%). Показатель криминального травматизма составил в среднем 43 на 100 пострадавших (в 2008 г. – 45,6; в 2009 г. – 45,5; в 2010 г. – 60,0; в 2011 г. – 45,0; в 2012 г. – 34,7; в 2013 г. – 48,7; в 2014 г. – 51,3). Почти

каждый десятый случай относился к автодорожной травме – 9,7 (в 2008 г. – 8,5; в 2009 г. – 13,6; в 2010 г. – 10,0; в 2011 г. – 5,0; в 2012 г. – 10,3; в 2013 г. – 9,6; в 2014 г. – 9,1). Изменения показателей в отдельные годы статистически не значимы ($\phi^*_{эмп}$ для бытового травматизма = 0,142; $\phi^*_{эмп}$ для криминальной травмы = 0,724; $\phi^*_{эмп}$, $\phi^*_{эмп}$ для АДТ = 0,142).

В среднем за исследуемый период у пятой части пострадавших был выставлен диагноз сочетанной травмы: в 2008 г. – 17 на 100 травмированных, в 2009 г. – 13,6; в 2010 г. – 20; в 2011 г. – 25; в 2012 г. – 20,6; в 2013 г. – 19,8; в 2014 г. – 25,3. В ходе исследования выявлен рост сочетанного травматизма среди повреждений челюстно-лицевой области, полученных в состоянии алкогольного опьянения, начиная с 2009 г. ($\phi^*_{эмп}$ 2009-2014 = 1,953, различия статистически значимы).

На протяжении всего периода исследования стабильно основным местом травмирования оставалась нижняя челюсть – в 2008 г. частота травм нижней челюсти составляла 79,7 на 100 пострадавших, в 2009 г. – 81,8; в 2010 г. – 83,3; в 2011 г. – 67,5; в 2012 г. – 71,1; в 2013 г. – 87,9; в 2014 г. – 76,0). Травмы верхней челюсти встречались гораздо реже – в 2008 г. – 11,9 на 100 пострадавших, в 2009 г. – 4,6; в 2010 г. – 3,3%; в 2011 г. – 12,5; в 2012 г. – 12,4; в 2013 г. – 7,0; в 2014 г. – 14,9).

Таким образом, в результате исследования выявлен рост травм челюстно-лицевой области, полученных в состоянии алкогольного опьянения (в два раза). Анализ социально-гигиенических характеристик пострадавших показал превалирование среди травмированных лиц мужского пола в возрасте от 30 до 49 лет, в основном безработных, со средним образованием. Основной причиной травм явился бытовой травматизм со значительной долей криминального травматизма. Установлены клинические особенности травматизма в состоянии алкогольного опьянения, проявившиеся в увеличении сочетанной челюстно-лицевой травмы. Полученные данные являются основой для

разработки рекомендаций по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахтеева Г. Р., Кузьмин А. С. Статистические исследования травм челюстно-лицевой области // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2012. №2. С.930.

2. Черный А. Ж. Медико-социальная характеристика пациентов, госпитализированных по поводу травм // Травматология и ортопедия России. 2013. № 2. С.88–93.

3. Алексеевская Т. И. Уровень госпитализации больных с черепно-мозговой травмой, степень тяжести пострадавших и исход лечения в зависимости от наличия алкоголя в крови // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2012. №4. С. 121–123.

4. Фирсов С. А., Матвеев Р. П., Вилова Т. В. Сочетанные черепно-мозговые и скелетные травмы, ассоциированные с алкогольным потреблением // Экология человека. 2015. №1. С.36–39.

5. Еркебаев М. К., Агапов О. Е., Жанахметов С. Ж. Черепно-мозговая травма в алкогольном опьянении (анализ за 2009 год г. Актобе) // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2010. № 4. С.82–84.

6. Плавинский С. Л., Плавинская С. И. Потребление алкоголя и смертность мужчин в длительном перспективном исследовании // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. 2009. №1 (1). С.69–73.

7. Попов А. В. Смертность от внешних причин среди сельского населения Удмуртской Республики [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 6 (22). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/373/30/lang,ru/>

8. Фокас Н. Н., Павлушкин А. А., Левенец А. А., Горбач Н. А. Особенности черепно-челюстно-лицевого травматизма (база

данных). Свидетельство о государственной регистрации базы данных от 04.03.2015 г. № 2015620438; заявка от 15.09.2014 г. № 2014421200. Федеральная служба по интеллектуальной собственности. М., 2015.

Сведения об авторах

Фокас Наталья Николаевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *fokas_nn@mail.ru*

Горбач Наталья Андреевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *gorbn@mail.ru*

Левенец Анатолий Александрович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *aalevenets@mail.ru*

Чучунов Андрей Александрович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *Chuchunov72@mail.ru*

Метелев Иван Андреевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1; e-mail: *metelev-ivan@mail.ru*

Authors

Fokas Natalya Nikolaevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *fokas_nn@mail.ru*

Gorbach Natalia of Andreevna, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *gorbn@mail.ru*

Levenets Anatoly Aleksandrovich, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *aalevenets@mail.ru*

Chuchunov Andrey Aleksandrovich, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *Chuchunov72@mail.ru*

Metelev Ivan Andreevich, Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; e-mail: *metelev-ivan@mail.ru*

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Ходакова Ольга Владимировна¹, Дударева Виктория Андреевна¹

¹*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

Аннотация. В условиях напряженной демографической ситуации, социально-экономической дифференциации общества – укрепление здоровья населения страны, в том числе репродуктивного, является важной задачей национальной политики государства. Для реализации поставленной цели решение проблем лишь в системе здравоохранения недостаточно, необходимо устранять негативное влияние поведенчески обусловленных факторов.

Ключевые слова: репродуктивный потенциал, социально-экономический портрет, демографические показатели.

**MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE
POTENTIAL TRANS-BAIKAL TERRITORY**

Hodakova Olga Vladimirovna¹, Dudareva Victoria Andreevna¹

¹*Chita State Medical Academy, Chita, Russia*

Abstract. In a tense situation, demographic, social and economic differentiation of society – improving the health of the population, including reproductive health, is an important objective of national policy. To achieve this goal only solution to the problems in the health system is not sufficient, it is necessary to eliminate the negative impact caused by behavioral factors.

Keywords: reproductive potential, socio-economic portrait, demographics.

Введение. В условиях напряженной демографической ситуации, социально-экономической дифференциации общества – укрепление здоровья населения страны, в том числе репродуктивного, является важной задачей национальной политики государства. Однако, реализовать поставленную цель путем решения лишь проблем оказания медицинской

помощи недостаточно, необходимо устранять негативное влияние поведенчески обусловленных факторов, изменяющих стереотипы психологических установок населения и ограничивающих возможности реализации репродуктивного потенциала страны.

Цель исследования. Изучение социального портрета населения фертильного возраста и факторов, оказывающих влияние на репродуктивный потенциал населения г. Читы как крупнейшего муниципального образования Забайкальского края.

В соответствии с целью сформулированы задачи:

- 1) представить социально-экономическую характеристику медико-демографических процессов в регионе;
- 2) определить факторную обусловленность репродуктивного потенциала населения г. Читы, как административного центра Забайкальского края.

Материалы и методы. Исследование проведено среди женского и мужского контингентов г. Читы за период 2015–2016 гг. с применением контент-анализа, социологического и аналитического методов. Особенности социального портрета изучены по специально разработанной анкете, респонденты представлены 48,6 % женщин и 51,4 % мужчин. Оценка факторов риска, оказывающих влияние на формирование фертильных установок, проведена по методике расчета относительных рисков (В. А. Медик). В исследовании использованы материалы ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Забайкальского края, на основе данных государственной статистической отчетности за период 2013–2015 гг.

Результаты и обсуждение. Состояние репродуктивного здоровья населения выступает одним из индуцирующих факторов человеческого капитала, свидетельствующем о благосостоянии и прогрессе общества [1]. Факторы, определяющие репродуктивный потенциал можно разделить на медико-демографические, экономические, социальные и психологические

[2]. Среди представленных предикторов наибольший удельный вес составляют социально-экономические и поведенческие.

Характеризуя уровень развития региона, необходимо провести оценку процессов статистики и динамики населения.

Численность населения Забайкальского края за период с 2013 по 2015 гг. сократилась на 1 % с 1095,2 до 1087,5 тыс. человек. Негативная тенденция данного показателя определена изменениями как механического, так и естественного движения населения. Миграционный отток населения увеличился на 4,7 % (с 35623 до 37300 чел.), миграционная убыль населения в 2015 г. составила –7207. Отмечается отрицательная динамика и показателей воспроизводства населения: уровень рождаемости низкий (в 2013 г. 15,9 ‰, в 2015 г. 15,4 ‰, темп роста –3,2%, в сравнении с РФ выше на 15,7 ‰), уровень смертности средний (в 2013 г. 12,5‰, в 2015г. 12,9 ‰, темп роста + 3,2%, в сравнении с РФ ниже на 1,5 ‰), естественный прирост снижается на 16,5 % (в 2013 г. 3,4, в 2015г. 2,5) (Рис. 1).

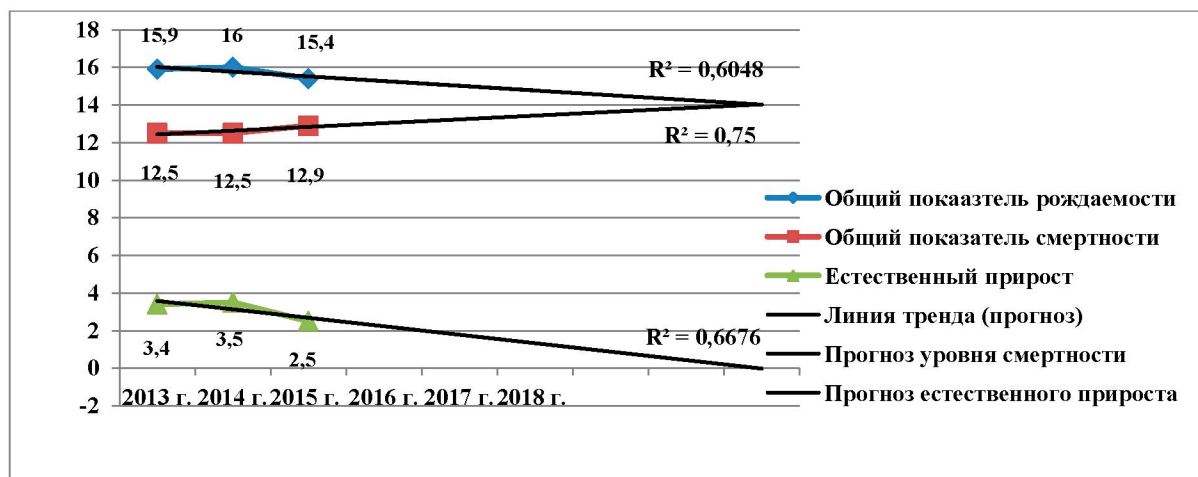


Рис. 1. Динамика изменения показателей воспроизводства населения

Оценка распределения населения по возрастным группам показала, что снижается число лиц трудоспособного возраста на 3,7 % и возросло число лиц старше трудоспособного возраста на 7,3 %, что обуславливает снижение экономического потенциала региона.

Анализируя экономическую ситуацию в крае, необходимо учитывать особенности рынка труда, обусловленные отсутствием крупного внутреннего производства. Оценивая величину среднедушевого дохода, выявлено, что треть населения имеет доход в пределах до 14000 руб., что незначительно превышает размер прожиточного минимума на душу населения (в 2015 г. 10465,16 руб.).

Показатели, характеризующие социально-экономическую ситуацию в Забайкальском крае, имеют негативные тенденции, что отражается на реализации репродуктивных установок населения.

Изучение социального портрета населения фертильного возраста позволило выявить следующие характеристики: большинство респондентов отмечают наличие среднего специального образования. Из числа опрошенных наблюдается высокий удельный вес трудоустроенных. Однако, уровень материального благосостояния имеет низкие значения – доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума – у трети населения. При оценке семейного положения, выявлено, что лишь половина респондентов живут в зарегистрированном браке. При изучении субъективного мнения о состоянии своего здоровья $34,6 \pm 2,3$ % женщин и $55,4 \pm 2,4$ % мужчин оценили, как хорошее. При этом мужчины в $73,5 \pm 2,1$ % и женщины в $36,2 \pm 2,3$ % случаев отмечают наличие вредных привычек. При рассмотрении характеристик, обуславливающих репродуктивное здоровье, установлено, что большинство опрошенных используют барьерную контрацепцию. Однако, цель, которую планируют достичь отличается – удельный вес женщин преобладает в мотиве предотвратить наступление беременности, а мужчины – предупредить передачу уrogenитальных инфекций. Анализируя степень психологической готовности населения к деторождению, выявлена высокая доля респондентов, готовых стать родителями на момент наступления беременности. Система ценностей при появлении ребенка изменяется в подавляющем большинстве случаев.

Полученные характеристики населения фертильного возраста рассматриваются как определенный компонент в процессе формирования репродуктивного потенциала, поэтому могут быть включены в систему управления рисками. Расчет значений абсолютного и относительного рисков позволили определить взаимосвязь между характеристикой социального портрета и готовностью к воспроизводству будущего поколения. Величина относительного риска (RR) показывает силу связи между воздействием фактора и исходом, при этом существенным значением считается показатель выше 1. Идентификация факторов риска проводилась при оценке готовности иметь детей при следующих условиях: внутрисемейная обстановка, условия проживания, состояние здоровья, уровень доходов, социальное положение, семейное положение и уровень образования респондентов. Результаты иллюстрируют силу влияния данных условий на реализацию репродуктивных установок (Табл. 1).

Таблица 1

Распределение факторов риска по силе воздействия на реализацию репродуктивных установок

№	Фактор риска	RR
1	Внутрисемейная обстановка	3,88
2	Условия проживания	2,01
3	Состояние здоровья	2
4	Уровень доходов относительно прожиточного минимума	1,4
5	Социальное положение	1,23
6	Семейное положение	1,2
7	Уровень образования респондентов	1,1

Заключение. При анализе социально-экономических факторов, в регионе выявлены проблемные зоны, неблагоприятно воздействующие на реализацию репродуктивного потенциала. Оценка социального портрета населения позволила определить факторы, детерминирующие

репродуктивное поведение населения г. Читы, как административного центра Забайкальского края.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лисицын Ю. П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья // Медицинская газета. 2010. №19. С. 12.

2. Щепин О. П., Медик В. А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. О. П. Щепина, В. А. Медика. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 384 с.

Сведения об авторах

Ходакова Ольга Владимировна, Читинская государственная медицинская академия, Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: hodakova.ov@mail.ru

Дударева Виктория Андреевна, Читинская государственная медицинская академия, Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru

Authors

Hodakova Olga Vladimirovna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: hodakova.ov@mail.ru

Dudareva Victoria Andreevna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru

**СОЦИАЛЬНАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ
КАЧЕСТВОМ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЧИТЫ**

Ходакова Ольга Владимировна¹, Евстафьева Юлия Валерьевна¹

¹Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Аннотация. В современной системе здравоохранения в рамках одноканального финансирования, основным источником доходов для государственных медицинских организаций являются средства обязательного медицинского страхования. При этом медицинские организации испытывают недостаток финансовых средств. Дополнительным источником прибыли для них является предоставление платных медицинских услуг населению. Для негосударственных медицинских организаций, платные медицинские услуги, средства добровольного медицинского страхования являются основным источником доходов. В сложившейся ситуации, сохранение и привлечение потока пациентов является залогом финансовой устойчивости медицинских организаций.

Ключевые слова: удовлетворенность, пациенты, платные медицинские услуги.

**SOCIAL SATISFACTION OF PATIENTS WITH QUALITY OF PAID
MEDICAL SERVICES IN THE MEDICAL ORGANIZATIONS OF
CHITA**

Hodakova Olga Vladimirovna¹, Evstafieva Yulia Valerievna¹

¹Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Abstract. In the modern healthcare system in the framework of single-channel financing, the main source of income for the public healthcare organizations are funds of obligatory medical insurance. However, healthcare providers are experiencing a lack of funds. An additional source of income for them is the

provision of paid medical services to the population. For private medical organizations of paid medical services, the funds of voluntary medical insurance are the main source of income. In this situation, the preservation and the involvement of patient flow is key to the financial stability of healthcare organizations.

Keywords: satisfaction, patients, paid medical services.

Введение. В современной системе здравоохранения в рамках одноканального финансирования, основным источником доходов для государственных медицинских организаций являются средства обязательного медицинского страхования. При этом медицинские организации испытывают недостаток финансовых средств. Дополнительным источником прибыли для них является предоставление платных медицинских услуг населению. Для негосударственных медицинских организаций, платные медицинские услуги, средства добровольного медицинского страхования являются основным источником доходов. В сложившейся ситуации, сохранение и привлечение потока пациентов является залогом финансовой устойчивости медицинских организаций [1, 2, 3, 4].

Цель исследования. Изучение удовлетворенности пациентов платными медицинскими услугами, их информированности о правилах и порядке оказания платных медицинских услуг на примере медицинских организаций г. Читы.

В соответствии с целью сформулированы задачи:

- 1) составить социальный портрет потребителя платных медицинских услуг;
- 2) определить уровень правовой информированности пациентов об условиях предоставления медицинских услуг;
- 3) оценить уровень удовлетворенности граждан при получении платных медицинских услуг.

Материалы и методы. В данной работе использованы следующие методы: исторический, социологический, санитарно-статистический и аналитический. Для реализации социологического исследования была разработана специальная анкета. Выделены блоки ключевых вопросов: блок вопросов о социальном портрете потребителя платных медицинских услуг, об удовлетворенности платной медицинской помощью, об информированности пациентов о правилах и порядке оказания платных медицинских услуг. В ходе исследования сформирована выборка из числа пациентов медицинских организаций г. Читы. Число респондентов составило 310 человек.

Результаты исследования. При анализе полученных данных основными потребителями платных медицинских услуг являются работающие и служащие с высшим образованием, в возрасте 30 лет, с доходами 15–25 тыс. рублей. Наиболее популярными платными медицинскими услугами, являются стоматологические услуги ($61,0 \pm 4,65$ %) и услуги узких специалистов, оказываемые в амбулаторных условиях ($50,0 \pm 4,7$ %). Основным фактором, влияющим на выбор платных медицинских услуг, является длительное ожидание бесплатной медицинской помощи ($55,0 \pm 4,75$ %) (Рис. 1).

Удовлетворенность качеством оказания платной медицинской помощи составила $64,0 \pm 5,03$ % среди пациентов частных медицинских организаций и $21,0 \pm 3,8$ % среди пациентов государственных медицинских организаций. При получении платных услуг в негосударственных медицинских организациях время ожидания приема врача составило не более 10 минут ($58,0 \pm 6,08$ %), в государственных медицинских организациях – от 10 до 20 минут ($50,0 \pm 7,54$ %).

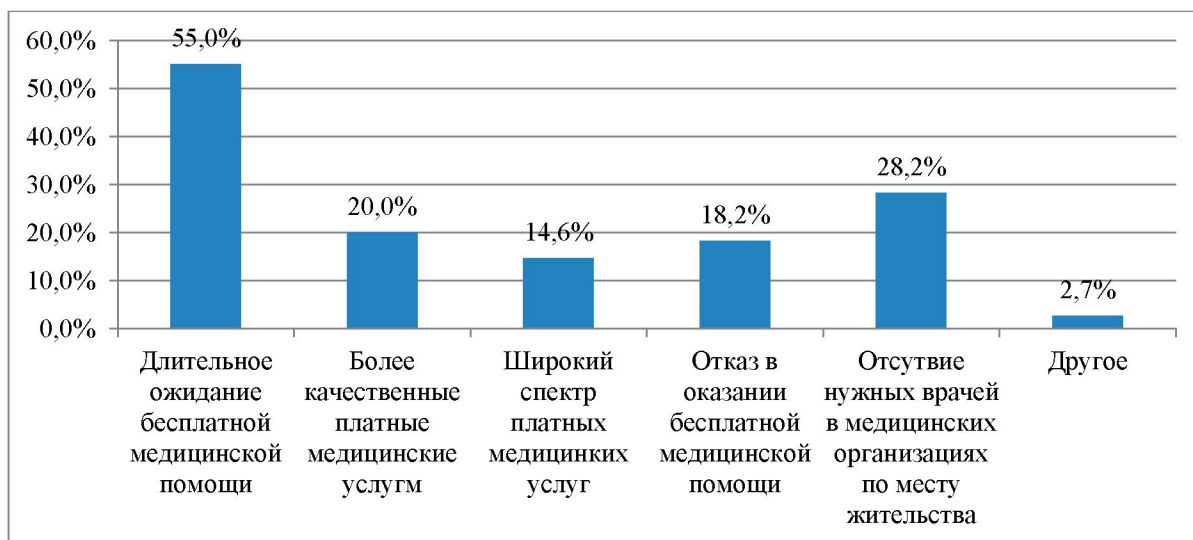


Рис. 1. Распределение факторов, влияющих на выбор платных медицинских услуг

При оценке пациентами условий пребывания в медицинских организациях (удобство, комфортность, санитарные условия, транспортная доступность и т. д.) наивысший балл получили частные медицинские организации – $4,4 \pm 0,06$ балла, государственные – $3,9 \pm 0,04$ балла (Табл. 1).

Таблица 1

Оценка пациентами условий, характеризующих пребывание в медицинской организации

Критерий	Среднее значение		Критерий достоверности
	Государственные	Частные	
удобство ожидания очереди	3,64	4,5	3,9
санитарные условия в МО	4,25	4,68	3,3
соблюдение санитарно-гигиенических норм медицинским персоналом	4,27	4,64	3,26
комфортность пребывания в МО	3,77	4,53	4,74
внешний вид МО	4,14	4,53	2,65
приспособленность МО для людей с ограниченными возможностями	3,2	3,76	2,53
транспортная доступность	3,68	4,09	2,0

Статистически значимо выявлено, что удовлетворенность пациентов условиями пребывания в частной медицинской организации выше, чем в государственных ($p < 0,05$).

Среди респондентов $48,0 \pm 4,76$ % информированы о медицинских услугах, которые можно получить бесплатно по полису ОМС. Информация о состоянии своего здоровья/результатах исследования/осмотра была разъяснена $84,0 \pm 3,53$ % пациентам при оказании платных медицинских услуг. Информированность в письменном виде о рисках, связанных с невыполнением рекомендаций врача оказалась низкой и составила в частных медицинских организациях $44,0 \pm 6,1$ %, в государственных организациях – $30,0 \pm 6,8$ %.

Заключение. Информированность и удовлетворенность пациентов являются решающими факторами, влияющими на выбор пациентов медицинских организаций, что необходимо учитывать при принятии управленческих и организационных решений для развития рынка платных медицинских услуг в медицинских организациях государственной и частной форм собственности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медалье С. В. Медико-социальные аспекты реализации прав пациентов при оказании платной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 25 с.
2. Прошин П. В. Отношение пациентов к платным медицинским услугам : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2008. 24 с.
3. Тарасенко Е. А. Сервисная составляющая платных медицинских услуг в амбулаторных условиях // Здоровоохранение. 2015. № 11. С. 90–94.
4. Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. Конкуренция на рынке платных услуг: что нужно знать о частных ЛПУ? // Здоровоохранение. 2012. № 5. С. 36–42.

Сведения об авторах

Ходакова Ольга Владимировна, Читинская государственная медицинская академия; Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: hodakova.ov@mail.ru

Евстафьева Юлия Валерьевна, Читинская государственная медицинская академия; Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: yuliya_perminova@mail.ru

Authors

Hodakova Olga Vladimirovna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: hodakova.ov@mail.ru

Evstafieva Yulia Valerievna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: yuliya_perminova@mail.ru

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ходакова Ольга Владимировна¹, Куйдина Надежда Анатольевна¹

¹Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Аннотация. Болезни системы кровообращения являются основной причиной смертности и инвалидизации населения. Благодаря многочисленным мероприятиям медицинского характера наметилась положительная тенденция в демографических и показателях заболеваемости, но темпы данных изменений не высоки. Поэтому необходимо изучение социального портрета пациента для всесторонней борьбы с болезнями системы кровообращения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, социальный портрет, факторы риска.

SOCIAL PORTRAIT OF THE CARDIOLOGICAL PATIENT

Hodakova Olga Vladimirovna¹, Kuydina Nadezhda Anatol'yevna¹

¹Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Abstract. Diseases of the circulatory system are the leading cause of death and disability in the population. Thanks to the many activities of a medical nature has been a positive trend in the demographic and morbidity, but the pace of these changes are not high. It is therefore necessary to study the social portrait of the patient for comprehensive fight against diseases of the circulatory system.

Keywords: diseases of the circulatory system, the social portrait, risk factors.

Введение. В настоящее время болезни системы кровообращения (БСК) рассматриваются как социопатия, т. е. патология, обусловленная влиянием социальных факторов среды. Для эффективной борьбы с

сердечно-сосудистыми заболеваниями недостаточно рассматривать только биологические причины формирования БСК, но и необходимо детально изучать социальный статус пациентов с целью выявления критериев, позволяющих разработать систему превентивных мер [1, 2]. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что болезни системы кровообращения занимают 1 место в структуре причин смертности и инвалидизации населения.

Цель работы. Выявить основные характеристики социального портрета пациентов с БСК и оценить их влияние на распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди пациентов кардиологических отделений медицинских организаций г. Читы методом анкетирования. Число респондентов составило 200 человек. Анкета содержала 3 блока вопросов:

1 блок – вопросы, характеризующие социальный портрет пациента: пол, возраст, доход, образование, семейное положение,

2 блок позволял представить субъективную оценку состояния здоровья и наличие БСК,

3 блок – вопросы отражали востребованность мер государственной поддержки пациентов.

Статистическая обработка осуществлялась с применением пакета Microsoft Excel 2007 (оценка достоверности проводилась с помощью расчета ошибки репрезентативности). Для выявления связи между факторами социального портрета и распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний использовался корреляционный анализ.

Результаты и обсуждения. При оценке структуры пациентов по гендерному признаку среди респондентов преобладали мужчины (59,0 %). Распределение пациентов по возрастным группам: большинство пациентов 47,0 % находились в возрасте от 60 до 75 лет, 24,5 % входили в группу 50–60 лет, 12,5 % лица в возрасте 35–50 лет и наименьший

удельный вес составили пациенты старше 75 лет и 18–35 лет, 11,5 % и 4,5 % соответственно. При укрупнении групп установлено, что большинство пациентов 58,5 % нетрудоспособного возраста. Закономерно, что социальный статус наибольшей части пациентов – пенсионеры (54,0 %). Большинство респондентов (80,0 %) имели инвалидность.

Уровень образования среди больных нельзя назвать высоким: 18,5 % имели неполное среднее образование, 15,5 % среднее, большинство 47,0 % указали средне-специальное и лишь 19,0 % респондентов окончили ВУЗ.

При анализе ответа на вопрос о том, с кем проживает анкетированный, 50,5 % выбрали вариант с мужем/женой, 20,5 % с мужем/женой и детьми, 8,5 % с детьми, 6,0 % с родственниками, 14,5 % больных проживают одни, что может косвенно указывать на возможность социальной изоляции и требовать мер государственной поддержки.

Одним из фактов, отражающих уязвимое социально-экономическое положение пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, является низкий уровень доходов на 1 члена семьи у подавляющей части респондентов. Учитывая, что прожиточный минимум в 4 квартале 2015 г. в Забайкальском крае на душу населения составлял 10162 руб., а для пенсионеров 8100 руб. доход половины (51,0 %) больных находится на уровне прожиточного минимума, а четверти лиц (24,5 %) даже ниже (менее 5000 руб.). Средства на существование в размере 10000–15000 руб. имеют 15,0 %, а более 15000 руб. 9,5 %. Данные показатели финансовой обеспеченности отражаются на оценке собственного благосостояния, 57,0 % пациентов оценивают его как среднее, треть (29,0 %) ниже среднего, а 14,0 % указывают низкий уровень.

Важнейшей характеристикой социального портрета больного с любой нозологией является субъективная оценка здоровья. Большая часть определяет состояние как удовлетворительное (48,5 %), треть отмечает

плохое самочувствие, наименьшая часть оценивают здоровье как хорошее (5,5%). На значение данного показателя может оказать влияние тот факт, что анкетирование проводилось среди пациентов, проходящих лечение в условиях стационара, а данная категория исходно предполагает наиболее тяжелое состояние.

При анализе распространенности отдельных нозологических форм болезней системы кровообращения установлено, что половина (52,0 %) анкетировуемых страдает различными вариантами стенокардий, практически равное число респондентов указывают на наличие нарушений ритма и проводимости и АГ 43,5 % и 41,0 % соответственно, четверть (25,5 %) лиц переносили ИМ, меньшая доля респондентов (7,0 %) переносили ОНМК.

В ходе оценки полученных результатов в качестве возможных факторов рассматривались пол, возраст, уровень дохода, социальный статус, образование, семейное положение и субъективная оценка состояния здоровья. При расчете коэффициента корреляции все параметры социального портрета разделились на две группы. Первая – практически не оказывают влияние на распространённость болезней системы кровообращения, это – пол, возраст, социальный статус.

Таблица 1

Результаты расчета корреляционного анализа факторов риска

Фактор	Коэффициент корреляции
1.Пол	$r = 0,056$
2.Возраст	$r = 0,197$
3.Социальный статус	$r = 0,14$
4.Образование	$r = 0,3$
5.Доход	$r = 0,3$
6.Субъективная оценка состояния здоровья	$r = 0,33$
7.Семейное положение	$r = 0,4$

Вторая группа факторов, с наличием умеренно выраженной связи, к ним относятся образование, доход, состояние здоровья и семейное положение.

Следовательно, большая часть вышеперечисленных факторов второй группы относится к управляемым и отражает социально-экономическую ситуацию в обществе.

Таким образом, среди респондентов с БСК выявлены социальные характеристики, позволяющие объединить пациентов в группу для разработки системы превентивных мероприятий. Для эффективной борьбы с болезнями системы кровообращения необходимо дальнейшее изучение защищенности пациентов мерами медико-социальной поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайдарова Х. М., Сердюков А. М., Демидов А. А. Социальный портрет больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (по материалам отделения республиканской больницы (2 ЦСЭМП) Министерства здравоохранения Республики Дагестан) // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 8.

2. Лопатина А. Л. Распространенность факторов риска у лиц трудоспособного возраста, умерших от болезней системы кровообращения // Кардиология. 2011. № 2. С. 118–129.

Сведения об авторах

Ходакова Ольга Владимировна, Читинская государственная медицинская академия; Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: hodakova.ov@mail.ru
Куйдина Надежда Анатольевна, Читинская государственная медицинская академия; Чита, 672000, ул. Горького 39А; e-mail: nadezhdakuidina@yandex.ru

Authors

Hodakova Olga Vladimirovna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: hodakova.ov@mail.ru
Kuydina Nadezhda Anatol'yevna, Chita State Medical Academy; Address: 39A, Gorky Str., Chita, Russia, 672000; e-mail: nadezhdakuidina@yandex.ru

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 26.09.16. Заказ № 5992

Тираж 500 экз., первый завод 100 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1

