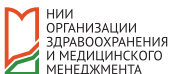




Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СОЦИОЛОГИЯ
НИИОЗММ



II ФОРУМ

12.11.2020

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ,
КОТОРОМУ ДОВЕРЯЮТ

ТРУДЫ II ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Социология здоровья:
здравоохранение, которому
доверяют»

МОСКВА
2 0 2 0

ГБУ НИИОЗММ ДЗМ

**Труды II Форума
с международным участием
«Социология здоровья:
здравоохранение, которому
доверяют»**

Москва,
2020

УДК 61:316
ББК 5, 60.5

Труды II Форума с международным участием «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют». Москва, 12.11.2020. – М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 2020. – 84 с.

978-5-907404-04-5

В настоящий сборник включены материалы II Форума с международным участием «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют», который прошел в очно-заочном формате в Москве 12.11.2020. Издание предназначено для научных сотрудников научно-практических (исследовательских) организаций, специалистов медицинских и социологических организаций, студентов и аспирантов медицинских и социологических вузов.

© Научно-исследовательский институт
организации здравоохранения
и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения
г. Москвы, 2020

978-5-907404-04-5

© Коллектив авторов, 2020

Оглавление

Вступительное слово (Е. И. Аксенова)	4
Часть I. Программа, спикеры и основные положения докладов форума	6
Пленарное заседание	7
Секция «Мифы о здравоохранении и (не)доверие официальной медицине»	15
Секция «Лояльность сотрудников и пациентов: опыт медицинских организаций»	20
Секция «Диалог между населением и системой здравоохранения»	25
Часть II. Тезисы	33
Trust in the health care system during the coronavirus pandemic in Italy. What are the important lessons to be learned?	34
Факторы, определяющие доверие населения к системе здравоохранения	38
Доказательная диетология: мифы и реальность	42
Социально-психологическое самочувствие пациентов отделения кардиореабилитации	46
Международный опыт построения доверия к системе здравоохранения с помощью медиа	49
Психическое здоровье: мифы и реальность	52
Методика опроса пациентов и врачей при внедрении интеллектуальных технологий в практическое здравоохранение.	56
Доверие как основа взаимоотношений «врач – пациент»	61
Медико-социальное исследование мнений родителей о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации	64
Возможность использования результатов социологических опросов для оценки качества предоставления ПМСП лицам старше трудоспособного возраста	69
Лояльность сотрудников детской поликлиники: проблемные области и направления работы	75
Приложение. Общая информация о форуме и организаторах	79
Статистика форума	80
Непрерывное образование	81
Проекты НИИОЗММ ДЗМ	81

Вступительное слово



Е. И. Аксенова,
д. э. н., профессор,
директор НИИОЗММ
ДЗМ

II Форум «Социология здоровья», который в этом году посвящен теме доверия к системе здравоохранения, – это интеграция идей, мнений, достижений, результатов различных исследований, которые осуществляются междисциплинарными командами врачей, организаторов здравоохранения, социологов.

Происходящая в мире пандемия коронавируса перевела в цифровой формат многие области человеческой деятельности. Появилось много научных направлений, практических технологий, инструментов, которые позволяют нам работать в виртуальном пространстве, и, скорее всего, мир уже не вернется обратно в точку традиционного взаимодействия.

Цифровая среда, в которой теперь существует мир, привела к тому, что пациенты все чаще ищут информацию о здоровье, ставят себе



диагнозы, подбирают терапию в Интернете, общаясь с другими пользователями, консультируясь с блогерами, у которых не всегда есть медицинское образование, интерпретируют информацию из средств массовой информации. Мы не должны упускать такой большой сегмент, связанный с позиционированием системы здравоохранения в Интернете.

Степень доверия к системе здравоохранения вышла в этом году на первый план. Доверие как многогранная тема не ограничивается только качеством медицинской помощи или отношениями между врачом и пациентом, это понятие гораздо шире. Как оценивать это доверие, каким образом можно на него влиять и изменять систему здравоохранения и наше отношение к ней, совершенствовать систему здравоохранения, разрабатывать и внедрять новые медицинские технологии? Все эти вопросы являются предметом дискуссии участников форума.

Всемирная организация здравоохранения разработала «Программу действий» до 2030 года, которая предусматривает активную реализацию проектов, связанных с развитием системы доверия. Не оставаясь в стороне от мировых трендов, НИИОЗММ активно развивает медицинские социологические исследования, ориентированные на изучение мнения и отношения населения к системе здравоохранения. Наша цель – определить наиболее значимые характеристики, которые определяют доверие населения к системе здравоохранения, доверие специалистов, которые работают в системе здравоохранения, к своей профессиональной деятельности, понять, какими усилиями и при помощи каких новых технологий мы можем развивать систему здравоохранения и делать ее высокотехнологичной, качественной и ориентированной на человека.

ЧАСТЬ I

**Программа, спикеры
и основные положения
докладов форума**

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Эксперты обсудили вопросы оценки доверия системе здравоохранения, способы, которыми медицинское сообщество может повлиять на мнение населения, а также направления, в которых нужно менять систему здравоохранения и внедрять в нее новые технологии, и важность взаимодействия со средствами массовой информации.



ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ ОБСУЖДЕНИЯ

- Вызовы общественного здравоохранения
- Социологические исследования пандемической реальности
- Доверие системе здравоохранения
- Основы взаимодействия врача и пациента в современных условиях

Программа пленарного заседания

Модераторы пленарного заседания:

Е. И. Аксенова, директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

И. В. Богдан, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Выступления:

Е. И. Аксенова, директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Приветственное слово

К. Б. Хаберсаат, и. о. отдела аналитики Всемирной организации здравоохранения. *Отрицание научных доказательств: главный вызов общественного здравоохранения*

А. А. Ослон, президент Фонда «Общественное мнение». *Социологические исследования пандемической реальности: проект «КоронаФОМ»*

К. Бетч, заведующая лабораторией психологии и инфекционных заболеваний в Эрфуртском университете. Инициатор международного проекта COSMO в Германии. *Результаты проекта COSMO (COVid-19 Snapshot MOnitoring)*

К. С. Родин, директор по работе с органами государственной власти ВЦИОМ, член Общественного совета Министерства здравоохранения РФ. *Доверие системе здравоохранения*

Г. Джарелли, профессор института Magna Græcia, координатор секции социологии здоровья и медицины AIS. *Доверие системе здравоохранения в период пандемии коронавируса в Италии. Какие важные уроки можно извлечь?*



Н. В. Присяжная, заместитель директора Института социальных наук ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (совместный доклад с **А. В. Решетниковым**, директором Института социальных наук ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова). *Трансформация императива доверия как основа взаимодействия врача и пациента в современных условиях*





Е. И. Аксенова,
директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В приветственном слове Елены Аксеновой была обозначена важность доверия населения к системе здравоохранения и лояльности специалистов, которые работают в системе здравоохранения, к своей профессиональной деятельности в контексте «Программы действий» ВОЗ. Она отметила, что на сегодняшний день важно понять, какими усилиями и при помощи каких новых технологий мы можем развивать систему здравоохранения и делать ее высокотехнологичной, качественной и ориентированной на человека.



Игнат Богдан,
начальник Центра медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ

Сомодератор пленарного заседания Игнат Богдан привел данные исследований, отражающие отдельные аспекты доверия населения Москвы в период пандемии. В частности, он указал, что наибольшим доверием в контексте борьбы с коронавирусом у москвичей пользовались врачи стационаров, волонтеры и работодатели.





Катрин Бах Хаберсаат,

и. о. руководителя отдела аналитики Всемирной организации здравоохранения

Катрин Хаберсаат в своем докладе сделала обзор актуальных исследований, в которых изучались причины недоверия населения системе здравоохранения и факторы, приводящие к отрицанию официальных рекомендаций и мер по охране здоровья, а также предложила способы преодоления этих барьеров, которые могут предпринять официальные лица.

«Люди склонны отрицать научные данные. Причиной тому – скептики, которые привлекают к себе внимание средств массовой информации, оперируя при этом ложными фактами. Зачастую люди фокусируются на негативной информации и руководствуются эмоциями, а не научными данными. Психологи утверждают, что человек, сталкиваясь с неопределенностью, формирует шаблоны восприятия, чтобы упростить оценку риска. Что могут сделать официальные лица? Предоставить слово лидеру мнений каждой целевой группы, использовать простой, понятный и доступный язык, чтобы убедить человека в правоте ученых, показывать, что к проблемам населения прислушиваются и серьезно их обсуждают».



Александр Ослон,
президент Фонда «Общественное мнение»

Александр Ослон рассказал об исследованиях российского общества в период пандемии коронавируса и указал на формирование общественного иммунитета, который заключается в принятии людьми коллективных усилий по борьбе с коронавирусом.

«Наблюдается интересное явление в социологии пандемической реальности – формируется общественный иммунитет, когда люди предпринимают самостоятельные усилия по борьбе с коронавирусом. Обсуждение в социальных сетях, как уберечь себя, рассуждения исследователей, аналитиков и мыслителей о том, что происходит и как жить, бесконечное количество вирусных роликов – все это проявление общественного иммунитета».



Корнелия Бетч,
заведующая лабораторией психологии и инфекционных заболеваний в Эрфуртском университете. Инициатор международного проекта COSMO в Германии

Корнелия Бетч в своем выступлении акцентировала внимание на важности коммуникации в сфере здравоохранения. Это особенно важно в период пандемии, когда необходимо проводить просветительскую работу по отношению к широкой публике: объяснить, каковы причины тех или иных мер и что от родных и близких тоже можно заразиться.

«Если человек нам нравится, мы воспринимаем его как безопасного. Сложно признать, что родные и близкие могут представлять для нас угрозу. Это ошибочное представление. Мы должны проводить просветительскую работу по отношению к широкой публике: объяснить, каковы причины тех или иных мер и что от родных и близких тоже можно заразиться. Коммуникация в сфере здравоохранения должна работать именно в этом направлении».





Кирилл Родин,

директор по работе с органами государственной власти ВЦИОМ, член Общественного совета Министерства здравоохранения РФ

Кирилл Родин рассказал о результатах анализа данных опроса ВЦИОМ, в соответствии с которыми доверие к медицине формируется за счет непосредственного взаимодействия с ней человека, а также общего состояния информационного поля вокруг профессии врача и системы здравоохранения в целом. Выводы исследования указывают на то, что при разработке мер по повышению доверия к официальной медицине необходимо обращать внимание на информационный фон, в особенности на борьбу с так называемыми фейками.

«Обилие информации является триггером, который запускает желание ее перепроверить. Доверие к медицине формирует опыт непосредственного взаимодействия и состояние информационного поля вокруг профессии врача и системы здравоохранения в целом. Мы должны изучать поведенческие практики и серьезно смотреть на структуру того информационного пространства, в котором мы пребываем, в том числе с точки зрения фейков».



Гвидо Джарелли,

профессор института Magna Graecia, координатор секции социологии здоровья и медицины AIS

Гвидо Джарелли в своем докладе предложил смотреть на проблему доверия в медицине с другого ракурса: необходимым условием формирования доверительных отношений пациентов к системе здравоохранения является доверие медицинских специалистов пациентам.

«Не только пациенты должны доверять системе здравоохранения, но и медицинские специалисты должны доверять пациентам, внимательно их слушать. Это единственная возможность выстроить полноценные доверительные взаимоотношения».



Надежда Присяжная,

заместитель директора Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (совместный доклад с директором института **А. В. Решетниковым**)

Надежда Присяжная показала, что у населения значительно выросли требования к техническому оснащению медицинских организаций. Одновременно с этим были отмечены недостатки существующей информационной политики: достижения медицины освещаются не в полной мере и недостаточно широко, что является важным фактором снижения доверия системе здравоохранения.

«В современном мире требования пациентов в отношении работы врача и апеллирование к этическим составляющим профессии, требования в отношении технического оснащения медицинской организации значительно возросли. С одной стороны, это хорошо, с другой – необходимо, чтобы информация к населению поступала не от социального окружения, а от системы здравоохранения. Сейчас нам остро не хватает положительного образа врача, который мы видели на экранах телевизоров раньше. Достижения медицины освещаются не в полной мере и не так широко, как хотелось бы, а недостаточно проработанные вопросы активно муссируются, ставятся в вину системе здравоохранения и медицинским работникам».



СЕКЦИЯ

**Мифы о здравоохранении
и (не)доверие официальной
медицине**

Программа секции

Модераторы пленарного заседания:

Л. А. Паутова, управляющий директор Фонда «Общественное мнение»;

И. В. Богдан, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Выступления:

А. В. Стародубова, ГВС диетолог ДЗМ, заместитель директора по научной и лечебной работе ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи. *Доказательная диетология: мифы и реальность;*

Д. В. Невзорова, ГВС по паллиативной помощи Минздрава РФ, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи. *Паллиативная помощь в РФ. Миф или реальность?*

Г. П. Костюк, ГВС психиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ «ПКБ № 1». *Психическое здоровье: мифы и реальность;*

В. А. Черный, директор по маркетингу Brand Analytics. Аналитика соцмедиа. *Распространение эпидемий и анализ отношения к вакцинации;*

М. О. Макушева, генеральный директор ЦСП «Платформа». *Пандемия и кризис доверия;*

Л. С. Лебедева, руководитель проектов ФОМ. *«Ковид-диссиденты»: кто они и во что верят.*



ВЫСТУПЛЕНИЯ СПИКЕРОВ



Модератор **Лариса Паутова**, управляющий директор Фонда «Общественное мнение», отметила существование барьеров в сознании людей, которые не позволяют доверять врачу и информации о медицине. Быстрых результатов в преодолении этих барьеров ждать не приходится, но работа в этом направлении не должна прекращаться. Форум «Социология здоровья» – часть этой просветительской миссии.



Антонина Стародубова, заместитель директора по научной и лечебной работе Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, рассказала, что диетология – это та отрасль медицины, в которой особенно много мифов. Давно назревшая необходимость образовательных программ для широких слоев населения, чтобы каждый гражданин смог сформировать свой рацион здорового питания самостоятельно, реализована на сайте **Здоровое-питание.рф**, где можно получить проверенную достоверную информацию.



Диана Невзорова, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, главный внештатный специалист Минздрава РФ по паллиативной помощи, обратила внимание собравшихся на то, что заблуждение относительно паллиативной помощи среди меди-

Выступления спикеров

ков является более сложной проблемой, чем заблуждение общества в целом. Паллиативная помощь – это подход, который основан на всесторонней поддержке пациента: медицинской, социальной, психологической и т. д., который в нашей стране комплексно реализуется медицинскими работниками во взаимодействии с социальными службами, НКО, религиозными организациями, родственниками больного.



Георгий Костюк, главный врач Психиатрической клинической больницы № 1, акцентировал внимание аудитории на том, что психиатрия – крайне мифологизированная медицинская специальность. В рамках обсуждения мифов о психиатрии он отметил, что сегодня не существует психиатрического учета, есть диспансерное наблюдение и медикаментозное сопровождение. Современная терапия позволяет пациенту находиться не в стенах больницы, а вести нормальный образ жизни в социуме. Своевременное обращение человека к психотерапевту или психиатру позволяет выявить расстройства на ранней стадии и оказать необходимую медицинскую помощь, которая делает жизнь человека намного легче.



Василий Черный, директор по маркетингу Brand Analytics, познакомил собравшихся с результатами анализа эпидемий и ковид-тревожности на основе анализа социальных медиа.





Мария Макушева, генеральный директор ЦСП «Платформа», отметила, что тема доверия в период пандемии стала ключевой, потому что напрямую вылилась в готовность или неготовность людей следовать мерам профилактики и делать прививку, в случае, если она будет иметь массовое распространение. Главный вывод, который можно сделать из полученного опыта, – умение работать с информационной повесткой является одним из решающих факторов в борьбе с массовыми заболеваниями.



Лидия Лебедева, руководитель проектов Фонда «Общественное мнение», в своем выступлении представила данные исследовательского проекта «КоронаФОМ», которые показали: необходимы четкие инструкции от власти, какие меры принимаются и как нужно себя вести в случае чрезвычайной ситуации. Хаос информационной повестки, неопределенность и существующий опыт обмана и недоверия в нашей стране привели к отказу значительной части населения от соблюдения санитарно-эпидемиологических правил.

СЕКЦИЯ

**Лояльность сотрудников
и пациентов:
опыт медицинских
организаций**

Программа секции

Модераторы:

А. А. Тяжелников, ГВС по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ, главный врач КДП № 121 ДЗМ;

И. В. Богдан, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Спикеры:

И. В. Богдан, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». *Мониторинг лояльности: теория и практика. Что важно знать управленцу?*

М. А. Бебчук, директор НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ. *Детская психиатрическая практика: от психофобии к лояльности;*

Г. Ю. Уханова, главный врач ДГП № 86 ДЗМ. *Лояльность сотрудников детской поликлиники: проблемные области и направления работы;*

Р. В. Гостищев, заместитель главного врача по перспективному развитию. *Мониторинг удовлетворенности сотрудников МО как фундамент построения корпоративной культуры. Опыт ГКБ № 40;*

М. А. Лысенко, главный врач ГКБ № 52 ДЗМ. *Многопрофильный стационар в условиях пандемии: лояльность, проблемы и практики;*

А. А. Тяжелников, ГВС по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ, главный врач КДП № 121 ДЗМ. *Пациентоориентированность – дань моде или реальный механизм?*

Выступления спикеров



Игнат Богдан, начальник Центра медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ, в своем выступлении подчеркнул, что проведение качественного социологического исследования требует репрезентативной выборки, использования соответствующих теме исследования инструментария и методологии. Критически важно поощрение обратной связи. Исследования института показали, что лояльность сотрудников медицинских учреждений – это вопрос в первую очередь психологического климата и оплаты труда, причем на первом месте стоит атмосфера в коллективе.



Марина Бибчук, директор НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, обратила внимание собравшихся, что общество поражено психофобией, корни которой уходят в прошлое, и подогревается она средствами массовой информации, в том числе в интернет-пространстве и на родительских форумах. Лояльность в данном случае означает раннее обращение к специалистам и получение своевременной помощи. Повысить лояльность можно только совместными усилиями семьи пациента и специалистов-медиков.

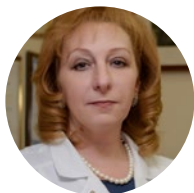




Галина Уханова, главный врач ДГП № 86 ДЗМ, рассказала об опросе в поликлинике с целью выявления лояльности сотрудников. Опрос показал, что наибольшей лояльностью обладает врачебный персонал, а большинство причин нелояльности носит информационный характер, что требует налаживания информационных потоков от руководителей к сотрудникам и обратной связи.



Роман Гостищев, заместитель главного врача ГКБ № 40 ДЗМ по перспективному развитию, проинформировал собравшихся, что руководство больницы обращает пристальное внимание на формирование внутренней корпоративной культуры, включающей пациентоориентированность, сплоченность и снижение рисков. Способами достижения цели являются регулярные опросы и разборы случаев, отсутствие карательных мер, таргетные беседы с руководителями.



Марьяна Лысенко, главный врач ГКБ № 52 ДЗМ, отметила в качестве одного из уроков пандемии коронавируса укрепление отношений общества и медицинского сообщества. Эмоциональное состояние сотрудников оказалось выше ожиданий, и, что самое важное, изменились отношения с пациентским сообществом и волонтерами. Мультидисциплинарный подход к лечению, принятый в стационаре, пациенто-

Выступления спикеров

ориентированность, командная работа – все это сплотило коллектив, повлекло изменение эмоциональной окраски и лояльности в лучшую сторону.



Андрей Тяжелников, главный врач КДП № 121 ДЗМ, сказал, что пациентоориентированность и повышение лояльности – это насущная необходимость и реально работающий механизм. Достижение этих целей возможно за счет тренингов, семинаров, постоянной обратной связи от сотрудников и пациентов с использованием глубинных интервью и социологических опросов на основе открытости и честности.



СЕКЦИЯ

**Диалог между
населением
и системой
здравоохранения**

Программа секции

Модераторы:

В. В. Кажберова, директор Медиаинститута общественного здоровья;

Е. В. Дмитриева, директор фонда «Здоровье и развитие», профессор кафедры социологии МГИМО, зам. председателя Совета по этике Минздрава РФ.

Спикеры:

В. Н. Бузин, главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Действительный государственный советник 3 класса. *Отношение населения к здравоохранению: что меняется за последние десятилетия;*

Л. В. Катыхева, директор Центра современных коммуникаций ВШГУ РАНХиГС. *Международный опыт построения доверия к системе здравоохранения с помощью медиа;*

В. В. Кажберова, директор Медиаинститута общественного здоровья. *Роль масс-медиа в формировании общественного здоровья;*

А. В. Водовозов, научный журналист, автор блога «Смотровая военврача». *Почему пациенты предпочитают «темную» сторону медицины?*

Е. В. Дмитриева, директор фонда «Здоровье и развитие», профессор кафедры социологии МГИМО, зам. председателя Совета по этике Минздрава РФ. *Диалог между населением и системой здравоохранения в обществе в эпоху цифровизации;*



О. М. Никитина, заместитель руководителя Московского регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики». *Вклад медицинских волонтеров в развитие общественного здоровья;*

Д. А. Шаменков, директор НОЦ «Информационные и социальные технологии в медицине» Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, основатель «Школы открытого диалога», член Экспертной коллегии и ментор Фонда «Сколково». *Открытый диалог: как построить здоровое общество. Практический опыт;*

Сун Чер И, заместитель директора Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета. *Повышение компетентности населения в вопросах инсульта в рамках проекта «МОЗГ 4,5».*

Выступления спикеров



Валерий Бузин, главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, поделился своими размышлениями об исследованиях отношения населения к здравоохранению и выразил надежду, что социологическая служба в интересах управления здравоохранением появится на федеральном уровне.



Лариса Катыхева, директор Центра современных коммуникаций ВШГУ РАНХиГС, отметила, что в эпоху глобального кризиса единственное, что работает, – это доверие. Важнейшая роль в формировании доверия или его разрушении принадлежит СМИ. Задача состоит в том, чтобы население получало достоверную и консолидированную информацию, которая побудит аудиторию что-то сделать или, наоборот, чего-то не делать, и в том, чтобы показать, что даже маленькое действие каждого может помочь всем.



Варвара Кажберова, директор Медиainститута общественного здоровья, подчеркнула, что масс-медиа должны выступать модератором общественных сил, подавая информацию таким образом, чтобы не вызвать негативную реакцию и панику у людей. И в этом огромную роль может сыграть этический кодекс медиа в сфере здоровья общества.





Алексей Водовозов, врач-терапевт высшей квалификационной категории, токсиколог, в прошлом военный врач, научный журналист, автор блога «Смотровая военврача», обратил внимание собравшихся на доверие пациентов альтернативной медицине и роль СМИ в рекламе услуг «целителей» и шарлатанов. Необходимо задействовать все возможные способы – информацию от профессионального сообщества, СМИ, социальные сети, чтобы переломить этот негативный тренд.



Елена Дмитриева, профессор кафедры социологии МГИМО, директор фонда «Здоровье и развитие», зам. председателя Совета по этике Минздрава РФ, отметила, что вследствие информационной усталости в обществе наблюдается множество негативных тенденций. Повысить интерес и доверие населения могут программы «мобильного здоровья», позволяющие мониторить состояние человека, снабжать его достоверной и своевременной информацией и мотивировать его, например, к посещению врача.



Ольга Никитина, заместитель руководителя Московского регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики», отметила, что волонтерство – это осознанный выбор человека. Пандемия коронавируса дала волонтерскому движению колоссальный опыт, который еще предстоит проанализировать и изучить с привлечением социологов, в том числе с точки зрения доверия населения и медицинского сообщества к волонтерам.

Выступление спикеров



Дмитрий Шаменков, директор НОЦ «Информационные и социальные технологии в медицине» Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава РФ, член экспертной коллегии Фонда «Сколково», основатель Школы открытого диалога, отметил, что движущей силой эволюции человечества является не борьба за выживание, а объединение. Социальная изоляция в эпоху пандемии играет ведущую роль для физического благополучия, в то время как для психического здоровья важнейшим фактором является вовлеченность людей в отношения между собой.



И Сун Чер, заместитель директора «Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи» ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, рассказал о программе по информированию широких слоев населения, в том числе детей и подростков, о признаках и первой помощи при инсульте, в которой использовались различные форматы вовлечения аудитории в проблему.



КОНКУРС МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

12 ноября 2020 года в рамках Форума «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют» состоялся финал конкурса молодых исследователей, представивших на обсуждение результаты прикладных работ по социологии и медицине. Жюри оценило работы участников на основе (видео)презентаций по четырем критериям: актуальность, новизна, убедительность и обоснованность выводов.



Игнат Богдан,

начальник Центра медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ



«Конкурс мы проводим второй год и видим свою задачу в наращивании кадрового потенциала. Экспертов в социологии медицины и здоровья мало: специалист либо погружен в социологию и мало знает о медицине, либо наоборот. Мы каждый год ищем молодые дарования, которые используют социологию в управлении здравоохранением, и всячески стараемся их поддержать, насколько позволяют ресурсы НИИОЗММ и наших партнеров. В этом году в конкурсе участвовали представители не только Москвы, но и субъектов РФ, которые также прошли в финал. Жюри оценило работы с учетом видеопрезентаций по четырем критериям: актуальность, новизна, убедительность и обоснованность выводов, реализуемость на практике».

Победители конкурса

1-е место

Коллектив Научно-практического центра диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ – **Логунова Т. А., Арзамасов К. М., Кирпичев Ю. С., Андрейченко А. Е., Ермолаев С. О., Агафонова О. А., Семенов Д. С., Блохин И. А., Чернина В. Ю., Мокиенко О. А.** (Москва) с работой **«Методика опроса пациентов и врачей при внедрении интеллектуальных технологий в практическое здравоохранение»**.

2-е место:

Преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова **Мария Посадкова** (Москва) с исследованием **«Правовой статус пациентов с врожденными иммунопатологиями: практическая социология»**.

3-е место:

Специалист-исследователь Европейского университета в Санкт-Петербурге **Мария Вятчина** (Санкт-Петербург, Казань) с работой **«Культурно-специфические запросы в медицине: модели ведения переговоров врачей и пациентов-мусульман (на примере Татарстана)»**.

Все финалисты получают электронные сертификаты и памятные полезные призы.

Победителю конкурса будет оказана необходимая поддержка в продвижении авторского проекта в профессиональном научном сообществе.



ЧАСТЬ II

Тезисы

Trust in the health care system during the coronavirus pandemic in Italy. What are the important lessons to be learned?

Guido Giarelli,

Full Professor of General Sociology, Department of Health Sciences,
University «Magna Græcia» of Catanzaro

The concept of trust has been predominantly associated with situations of uncertainty and risk, and a pandemic like the covid-19 we are currently facing is certainly one of these.

Usually, what has been called a 'trust relationship' is embedded in the asymmetrical patient-provider relationship in health care, where trust acts as one means of bridging between both parties to the encounter. Indeed, the essential role that trust plays in effective doctor-patient relationships has been long recognized, and trust has been shown to be a critical factor influencing a variety of important therapeutic processes including patient acceptance of therapeutic recommendations, adher-



ence to recommendations, and satisfaction with medical care. Therefore, trust is important for patients and may be used as an indicator and potential 'marker' for how patients evaluate the quality of an health care system.

However, the need for mutual trust appears to be important, not least because of the shift in the structure and nature of the clinician–patient relationship away from paternalism towards shared-decision-making with an emphasis on patient involvement and self-care. The extent to which providers' trust their patients ('felt' trust) may influence how they treat and manage their problems ('enacted' trust) which could in turn influence how patients respond and have consequences for subsequent adherence.

Therefore, we need to readdress the imbalance and examine the 'other side of trust', specifically the factors that influence providers' trust/distrust in patients and how this might affect the quality of care. While patients are usually considered the more vulnerable party in the trust relationship, reciprocal trust is important for an effective relationship and positive healthcare outcomes.

Now, what are the lessons that we have learnt in this respect from the pandemic of Covid-19 during the last months? The first lesson concerns exactly the above point: only if you have an adequate network of local, territorial, community health services and health and social professionals (general practitioner, family and community nurse, midwife, social worker, health care worker, community pharmacist, etc.) capable of acting as two-way communication channels between the health system and the population, detecting such critical events as a pandemic in a timely manner and consequently disseminating the necessary information to cope with it the diffusion of the virus can be stopped. This network also becomes essential for having primary health care capable of ap-

appropriately filtering any emergency hospitalizations in intensive care only when really necessary, without unnecessarily overloading intensive care. The pandemic cannot be defeated in the hospital but on the territory, in the community among the population and thanks to the mutual trust relationship between community health and social practitioners and the population: where this was missing, like in Lombardy Region in Italy, the results were disastrous, with the higher rates of both infected peoples and deaths. And consider that Lombardy has got in Milan some of the best hospitals in the country, but the problem is that the primary care network and prevention services were in the last decades almost dismantled by the Regional government.

The second lesson we have learnt from this pandemic concerns a more macrosocial perspective, and it is related to the problem of the relationship between central and regional government. Different views and mutual accusations, sometimes degenerated into real institutional clashes between the central State and some Regions such as Lombardy, have also shown the general public to what level of attrition this relationship can reach if not adequately set in terms of mutual institutional trust. And this is a second important level, a macro-level of trust: institutional trust between central and regional/local government is the necessary foundation for establishing a proper attitude of collaboration in the governance of the health care system especially when facing a strong critical event like a pandemic.

Finally, the third lesson is located in between the micro-level of trust concerning the patient-provider relationship and the macro-level of it related to the central-regional/local levels of governance in terms of cooper-



ative institutional attitude and behavior: it is the meso-level (in-between level) of trust concerning the health care organizations.

The value of having had an organization of health services available based on a public, universal and free National Health Service (NHS), at least as regards hospital admissions, was fundamental. What we can consider the largest reform in Italy after the World War II and considered by the WHO one of the best health care systems in the world, also in this circumstance proved to be a precious asset, which allowed to implement the necessary emergency measures, albeit despite delays in choices, undoubted errors and obvious shortcomings. But they are largely the result of the constant de-financing of the NHS to which our NHS has been subjected since 2010, with a massive reduction in public health expenditure that has weighed in particular on employees (blocking of turnover and contracts), on general medical assistance and on pharmaceutical assistance.

Now we hope that, especially by the utilization of the Recovery Funds coming from the European Union, the underfinancing of our NHS will finally end up, and we shall be able to reconstruct the necessary trust between the people and the Italian NHS, that many scholars consider the most relevant reform of the post-World War II in Italy.

Факторы, определяющие доверие населения к системе здравоохранения

Андреев Д. А.¹, Завьялов А. А.¹, Кашурников А. Ю.¹,

¹ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Резюме

«Доверие» – комплексное понятие. Оно может относиться к объектам, людям, общественным организациям, юридическим лицам или системам. Поэтому концепция доверия неразрывно связана с точным описанием контекста, к которому она применяется, а именно: «со стороны кого?», «к кому?», «к чему?», «с какой целью?» и т. д. [1–3]. Различают различные формы доверия в здравоохранении (таблица 1). В медицинской литературе по организации здравоохранения наиболее часто встречается следующее определение доверия: «оптимистичное восприятие щепетильной ситуации, при которой доверяющий уверен, что доверенное лицо будет действовать в интересах доверяющего» [4, 5].



Таблица 1. Формы и уровни доверия в системе здравоохранения (основано на публикации [4]; адаптировано из диссертации [5]).

		Межличностное доверие	Общественное доверие	
		Микроуровень	Мезоуровень	Макроуровень
Межличностное доверие	Личностное	Мой ВОП, мой врач		
	Групповое		Поставщики медицинских услуг, работающие в определенной организации здравоохранения, например, врачи в конкретной больнице.	Профессиональные группы в сфере здравоохранения в целом, например, врачи в целом.
Общественное доверие	Институциональное		Конкретная организация здравоохранения, например, конкретная больница.	Учреждения здравоохранения в целом, например, больницы в целом или система здравоохранения в целом.

В научных исследованиях прочно установлено, что первостепенным фактором, определяющим уровень общественного доверия к системе здравоохранения, является личный опыт пациента, приобретенный в результате взаимодействия с поставщиками медицинских услуг, а также опыт других пациентов, накопленный в окружающем социуме [5].

Среди других факторов, формирующих уровень доверия населения к системе здравоохранения, следует назвать: 1) информацию, которая поступает в социум через средства массовой коммуникации, и 2) субъективное восприятие и ощущение пациентов обеспеченности гарантиями качества и надлежащим контролем [6].

Весомый вклад первого фактора проиллюстрирован в социологических исследованиях. В частности, было продемонстрировано, что доверие населения, проживающего на территории, закрепленной за больницей, в результате публикации в СМИ новости о негативном инциденте значительно упало. Последующее социологическое

исследование, проведенное через год, показало, что доверие местного населения к специалистам этой больницы постепенно восстанавливается [5–6].

Влияние на общественное доверие субъективного восприятия качества и реализации законных гарантий было показано в диссертационных исследованиях, проведенных в Нидерландах на примере формирования доверия к специалистам, практикующим методы альтернативной медицины. Оказалось, что население больше доверяет дипломированным специалистам в области альтернативной медицины, имеющим стандартное врачебное образование, чем специалистам без такого образования. Кроме того, сообщалось о более высокой доверии к специалистам в области альтернативных методов лечения, входящим в профессиональные ассоциации и имеющим знаки отличия в области качества / сертификаты качества [5–6].

Дальнейшее повышение доверия населения к системе здравоохранения обеспечивается такими мерами организационного характера, как: 1) достижение открытости и ясности в вопросах качества оказания медицинской помощи, 2) размещение достоверных сведений в медиаресурсах и контроль качества медицинской информации; 3) совершенствование системы измерения качества и контроля обеспечения гарантий предоставления медицинской помощи; 4) формирование конструктивного диалога между медицинскими работниками и пациентами; 5) создание условий для участия пациента в принятии врачебных решений.

Литература:

1. O'Neill, O. (2002). A question of trust: The BBC Reith Lectures 2002. Cambridge University Press.



2. O'Neill, O. (2013). What we don't understand about trust. URL: https://www.ted.com/talks/onora_o_neill_what_we_don_t_understand_about_trust.
3. Stoopendaal A., Bouwman R. Ruimte voor Vertrouwen. Marketing en Communicatie ESHPM. Druk Print – De Bondt. Rotterdam, april 2018. URL: www.eur.nl/eshpm
4. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured and does it matter? *Milbank Quart*, 2001; 79:613–639
5. Van der Schee E. Public trust in health care. Exploring the mechanisms. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Utrecht. 2016. NIVEL. Utrecht, Nederland.
6. Universiteit Utrecht. Promotie: Nederlanders nog steeds veel vertrouwen in gezondheidszorg. 27 oktober 2016. <https://www.uu.nl/agenda/promotie-nederlanders-nog-steeds-veel-vertrouwen-in-gezondheidszorg>. Accessed 14.11.2020.

Доказательная диетология: мифы и реальность

Егорова В. В.¹, Брумберг А. А.¹, Вараева Ю. Р.^{1,2}, Стародубова А. В.²

¹ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

² ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»

Основателем отечественной нутрициологии является Академик АМН СССР А. А. Покровский. Его работы легли в основу создания концепции сбалансированного оптимального питания здорового человека.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, от которой напрямую зависит продолжительность и качество жизни каждого из нас. По определению Всемирной организации здравоохранения, «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Здоровый образ жизни – цельная, логически взаимосвязанная, продуманная и спланированная система поведения человека, которую он осуществляет не по принуждению, а добровольно и с уверенностью, что она даст положительные результаты в сохранении и укреплении его здоровья. Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность развития заболеваний и увеличивает продолжительность активной жизни.

Здоровое питание является неотъемлемой частью здорового образа жизни. Повышение приверженности населения здоровому



образу жизни, в частности здоровому питанию, безусловно, является важной государственной задачей. В настоящее время развитие высоких технологий и их внедрение в российское здравоохранение вносят очень большой вклад, но, для того чтобы столь быстрыми темпами достичь поставленных задач, необходимо, чтобы россияне придерживались здорового образа жизни. Также при составлении рациона важно следовать законам здорового питания, а именно соблюдать равновесие (баланс) между энергией, расходуемой человеком, и энергией, полученной с пищей, удовлетворение потребностей организма в пищевых веществах: белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах – необходимо в нужном количестве и соотношении; соблюдать режим питания.

Здоровое питание – основа профилактики большинства хронических заболеваний: артериальной гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, сахарного диабета 2 типа, подагры, онкологических заболеваний, болезней суставов и остеопороза.

Считается, что в 50 % случаев развитие сердечно-сосудистых заболеваний так или иначе связано с питанием. При этом правильное оптимальное питание может в 80 % случаев предотвратить преждевременную смерть от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

В настоящее время существует достаточная доказательная база – результаты крупномасштабных популяционных исследований о связи высокого потребления соли, сахара и трансжиров с риском развития неинфекционных заболеваний. Есть несколько диет или типов питания, которые имеют достоверную доказательную базу. Несомненно, первое место занимает средиземноморская диета (СЗД). В настоящее время имеются данные крупных метаанализов об эффективности СЗД, но основные данные были получены в результате широко известного исследования PREDIMED. В одном из фрагментов исследования PREDIMED приняли участие 7447 человек, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Первая контрольная группа получала питание с пониженным содержанием

жиров, вторая – средиземноморскую диету с добавлением орехов, третья – средиземноморскую диету с добавлением оливкового масла. Средиземноморский тип питания, характеризующийся регулярным употреблением оливкового масла холодного отжима, фруктов, орехов, овощей и круп; умеренным потреблением рыбы и птицы; низким потреблением молочных продуктов, красного мяса и сладостей, имеет доказанный эффект в профилактике сердечно-сосудистых и других заболеваний. Диета DASH также достоверно безопасна и эффективна. В ходе множества клинических испытаний DASH диеты было показано, что помимо контроля за артериальным давлением она может принести и другие выгоды для здоровья, а именно снизить риски развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, сахарного диабета 2 типа и ожирения. Диета DASH характеризуется преобладанием в рационе овощей и фруктов, молочных продуктов с низким содержанием жира, продуктов из цельного зерна, бобовых, орехов и семечек, рыбы и птицы. При этом в рационе ограничивается потребление натрия, общих и насыщенных жиров, холестерина, красного мяса, а также сахара, сладостей и сладких газированных напитков и увеличивается доля продуктов и блюд с высоким содержанием калия, магния, кальция и пищевых волокон. В настоящее время активно изучается эффективность скандинавской диеты NORDIC DIET, которая во многом схожа с СЗД, но отличается преимущественным использованием местных продуктов, характерных для северных стран: рапсового масла вместо оливкового, большей долей местных овощей и фруктов (свекла, капуста, груши и яблоки), и в особенности ягод, и т. п. Есть и исследования с противоречивыми результатами. Так, исследование PURE – крупномасштабный проект, показало, что потребление углеводов связано с более высоким риском общей смертности, тогда как потребление жиров (насыщенных и ненасыщенных) – с более низкой общей смертностью.



В программах мероприятий национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» большое внимание уделено популяризации здорового образа жизни в целом и здорового питания в частности. Следует подчеркнуть, что экономические и политические меры не будут эффективны до тех пор, пока каждый не сделает осознанный выбор в пользу здорового питания.

Конечно, и доступность пищевых продуктов, и их ассортимент влияют на выбор населения, но последние исследования, в том числе опросы, показывают, что определяющим фактором является не цена, а определенные пищевые привычки. Многие люди делают неверный выбор просто потому, что не готовы следовать принципам здорового питания и менять свой образ жизни или не знают, как это сделать, а самое главное – не понимают, для чего это нужно и что это им даст.

Важной задачей является научить каждого делать правильный выбор в пользу оптимального здорового и сбалансированного питания, довести до сведения каждого важность соблюдения принципов здорового питания, научить самостоятельно формировать свой ежедневный рацион в соответствии с этими принципами.

Социально-психологическое самочувствие пациентов отделения кардиореабилитации

**Землянова Е. В.^{1,2}, Зубко А. В.^{2,4}, Сабгайда Т. П.^{1,2,3},
Филатова А. Г.⁴, Лязин Д. В.^{3,4},**

¹ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

² ИДИ ФНИСЦ РАН

³ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

⁴ ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Хирургические вмешательства играют важную роль в социально-психологическом самочувствии пациентов. Целью исследования явилось оценить методом интервьюирования качество жизни пациентов кардиохирургического профиля после проведенного оперативного лечения.

Респонденты были разделены на две группы:

- первую группу составили пациенты после операций на открытом сердце – аортокоронарного шунтирования, замены клапана или аортального



клапана (54 респондента, средний возраст $55,7 \pm 1,8$ года, 70,4 % из них мужчины);

- вторую группу составили пациенты после малоинвазивных вмешательств – стентирования коронарных артерий или баллонной ангиопластики (27 респондентов, средний возраст $58,6 \pm 2,7$ года, 55,6 % из них мужчины).

В целом 40,7 % пациентов первой группы и 48,1 % пациентов второй группы оценили свое состояние здоровья как хорошее, и 13,0 % и 7,4 %, соответственно, как плохое. Подавляющее большинство пациентов (90,7 % в первой группе и 96,3 % во второй) считают, что состояние здоровья зависит в первую очередь от них самих. В то же время часть из них сказали, что они вообще не заботятся о своем здоровье (3,7 % и 11,1 % в первой и второй группах соответственно) или мало заботятся (42,6 % и 40,7 % соответственно).

Респонденты обеих групп довольно позитивно оценивают уровень оказания медицинской помощи и меры, необходимые для поддержания своего здоровья, за исключением негативного влияния недостаточной продолжительности и качества сна. Потребность в увеличении продолжительности сна была отмечена 46,3 % пациентов первой группы и 66,7 % пациентов второй группы ($p=0,08$).

Негативные эмоциональные реакции и неуверенность в завтрашнем дне чаще беспокоят пациентов после эндоваскулярных вмешательств по сравнению с теми, кто перенес операции на открытом сердце (33,3 % против 20,4 %).

Курящих пациентов в первой группе было вдвое больше (44,4 % против 22,2 %, $p=0,05$); из них 20,8 % и 50,0 %, соответственно, бросили курить.

Пациенты после малоинвазивных вмешательств более благополучны в материальном отношении по сравнению с теми, кто перенес обширные кардиохирургические вмешательства (29,6 % против 38,5 %). Они в большей степени удовлетворены своим материальным благосостоянием, семейной жизнью, работоспособностью, а также

качеством сна и способностью к самообслуживанию. Они также более оптимистично оценивают результаты лечения.

Таким образом, несмотря на менее ответственное отношение к поддержанию и сохранению своего здоровья, пациенты после эндоваскулярных операций по сравнению с пациентами, перенесшими операции на открытом сердце, характеризуются более позитивным социально-психологическим самочувствием и в большей степени уверены в благоприятном исходе проведенного им хирургического лечения. Однако они страдают от проблем со сном и менее уверены в своем будущем.



Международный опыт построения доверия к системе здравоохранения с помощью медиа

Катышева Л. В.

ВШГУ РАНХиГС

Генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус в своем обращении 16 июля 2020 г. называл доверие критически важным ингредиентом ответа пандемии [1].

Роль доверия в контексте борьбы с эпидемиями изучается давно. Так, Сэмюэль Кон и Руф Каталек провели исторические параллели между вспышками холеры в Европе и эболы в Африке [2]. Авторы установили, что в разные исторические периоды и на разных континентах именно недоверие к власти и врачам, якобы действовавшим в сговоре с властями, стало причиной не только отрицания предлагаемых мер защиты, но и социальной агрессии по отношению к медикам. К жертвам болезней добавлялись жертвы недоверия – те, кого забросали камнями в медицинском фургончике, те, кто скрывал болезнь.

Роль доверия в период пандемии COVID-19 наглядно иллюстрирует ситуация, описанная в статье «Антикризисные коммуникации в России и мире. Новые вызовы и вечная битва за доверие» [3]. В начале эпидемии, когда все страны испытывали дефицит СИЗ, власти Гонконга и Сингапура рекомендовали здоровым гражданам не покупать и не носить масок, чтобы в первую очередь обеспечить ими врачей.

Доверяющие властям сингапурцы последовали рекомендациям, в то время как не доверяющие властям жители Гонконга начали массово скупать маски и прочие СИЗ. Гонконгские власти оперативно приняли решение уступить микрофон медикам, вызывающим большее доверие. Во всем мире именно медики, вызывающие большее доверие граждан, чем представители власти, стали главными спикерами кризиса. Доверие граждан по отношению к медицинским работникам и медицине в целом стало залогом успеха кризисных коммуникаций – важнейшего элемента управления кризисом.

Таким образом, врачи всего мира столкнулись с необходимостью постоянной работы с медиа, коммуникаций с большой аудиторией, испытывающей потребности, характерные для ситуации кризиса. Помимо потребности в информации, характерной для любой кризисной ситуации, это потребность в эмпатии со стороны власти и медиков. При этом сами медицинские сотрудники страдают от эмоционального выгорания, не могут немедленно дать ответы на все вопросы, возникающие по поводу малоизученного вируса. Опираясь на международный опыт построения доверия к системе здравоохранения в период кризиса с помощью медиа, рекомендуем:

1. Говорить с аудиторией на понятном ей языке, избегая терминологии, трудной для понимания рядовыми слушателями и зрителями.
2. Согласовывать позицию по тем или иным вопросам внутри сообщества перед ее публикацией в СМИ, дабы избежать противоречивости экспертных оценок и мнений, подрывающей доверие ко всем экспертам.
3. Разъяснять, с чем связано изменение точки зрения (возникновение новых обстоятельств, появление результатов новых научных исследований).
4. Демонстрировать максимальную открытость принятия тех или иных решений, их справедливость.

В то время как весь мир ждет вакцины, эксперты по коммуникациям просчитывают риски, связанные с тревогой людей о том, кому она



в первую очередь достанется. Вакцинировать всех в один месяц не получится. А значит, в это время будут курсировать слухи, что кого-то оставят без вакцины, обсуждения, насколько справедливо и рационально формируются первые группы вакцинируемых.

В подобных ситуациях распределения помощи предлагается ориентироваться на правиле 4 W: WHO – WHY – WHEN – WE (КТО – ПОЧЕМУ – КОГДА – МЫ). Как только мы начинаем вакцинацию, мы объясняем не только кто получает вакцину первым, но и почему. Люди, которые пока не получили вакцину, должны получить ориентиры, когда вакцина станет доступна и им.

5. Избегать алармистской подачи информации, использовавшейся в начале пандемии с целью мобилизации. Крис Киворф, автор статьи «Сохраняйте спокойствие и слушайте экспертов» [4], говорит о том, что в ситуации длительного кризиса такая подача неэффективна, так как блокирует восприятие информации. Рекомендуется учитывать психологическое состояние, в котором находится аудитория. Больше говорить о том, что реально может сделать каждый человек для сдерживания заболевания.

Литература:

1. COVID-19 remains public enemy no. 1. World Health Organization (WHO) // Facebook URL: <https://www.facebook.com/watch/?v=1452925878228741> (last accessed date: 25.11.2020)
2. Cohn S, Kutalek R. Historical Parallels, Ebola Virus Disease and Cholera: Understanding Community Distrust and Social Violence with Epidemics // PLOS Currents Outbreaks. 2016 Jan 26. Edition 1 URL: <http://currents.plos.org/outbreaks/index.html?Fp=64080.html> (last accessed date: 25.11.2020)
3. Общество и пандемия: опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России. – Москва: 2020. – С. 592
4. Keyworth C., Keep calm, and listen to the experts // The psychologist URL: <https://thepsychologist.bps.org.uk/keep-calm-and-listen-experts> (last accessed date: 25.11.2020)

Психическое здоровье: мифы и реальность

Костюк Г. П.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева»

5 мифов о психиатрах

1. Один из главных мифов сегодня – это утверждение о том, что при обращении к психиатру автоматически ставят на учет. На самом деле так называемого «учета» в психиатрической практике в России нет – существует диспансерный вид наблюдения. Он означает, что с учетом психического состояния пациента врач вместе с ним определяет регламент взаимодействия: периодичность встреч, объем и характер реабилитационной программы. Значительная часть пациентов получают консультативную помощь и обращаются лишь по собственной инициативе к врачу при возникновении каких-либо проблем, связанных со здоровьем либо с социальным функционированием.

2. Миф о том, что психиатры – это «особые» врачи. ореол «избранности» психиатров обусловлен только общественным восприятием. Единственное отличие психиатра от другого «обычного» врача – в предмете профессиональной деятельности.

Пациенты обращаются к психиатрам как к любым другим врачам, например, к хирургу или стоматологу. Это происходит добровольно и без последствий для человека. Сходить на прием к психиатру так же



привычно и безопасно, как прийти с простудой к терапевту. В Москве филиалы психоневрологических диспансеров стали размещаться в обычных поликлиниках, что позволяет пациентам, придя, например, к терапевту, получать при необходимости консультативную помощь медицинского психолога, психотерапевта или психиатра.

3. Миф о том, что психиатры лечат сильнодействующими препаратами, от которых можно стать безвольным и апатичным. Наука сильно шагнула вперед, и лекарства сегодня – не обязательные условия лечения. Но при хронической форме течения любых заболеваний, включая и психические, их приходится употреблять постоянно.

Психотропные лекарства убирают симптомы заболеваний. Возможно возникновение, как и при лечении другими препаратами любых заболеваний соматической сферы, побочных эффектов, которые известны и хорошо изучены: сонливость, заторможенность и другие проявления. Но это не показатель обязательного и недопустимого вреда психотропного средства. Главное, точно соблюдать назначенную врачом дозу и периодичность приема лекарства, а в случае возникновения побочных эффектов вместе с врачом обсудить меры, направленные на ликвидацию либо минимизацию побочного действия терапии.

4. Миф о том, что психотерапия – деньги на ветер. В целом ряде случаев психиатр порекомендует лечение у психотерапевта или психотерапия будет частью комплексной реабилитации с участием и психиатра, и медицинского психолога. Психотерапия – это эффективный метод лечения, она помогает понять болезнь и научиться с ней жить. Кроме того, психотерапевты учат особым приемам, которые позволяют пациентам справляться с проявлениями недуга, распознавать признаки обострений и предотвращать их.

5. Работу психиатра невозможно оценить объективно. Психиатр работает глубже с анамнезом и клиническим наблюдением пациента, и всё это обоснованно анализируется. В диагностике и последующей комплексной реабилитации, включающей и различные

современные биологические подходы, достижения нейронаук, превалируют клинические методы. Тщательное наблюдение пациента, клиническое, в сочетании с современными методами лабораторного и инструментального обследования, обоснование установленного диагноза и необходимость его подтверждения на нескольких уровнях (в том числе внешнем) делают работу психиатра объективной.

5 мифов о психическом здоровье

1. К психическому заболеванию имеется генетическая предрасположенность. Генетика имеет значение, но не меньше, чем окружающая среда. Генетика «отвечает» за предрасположенность к некоторым заболеваниям, но не предопределяет их в обязательном порядке – просто у конкретного человека вероятность появления, скажем, шизофрении, будет выше. Но надо иметь в виду, что внешние факторы могут значительно спровоцировать болезнь: алкоголь, наркотики, стрессы и травмы – все они могут стать «спусковым крючком». Поэтому, как и в любой медицинской сфере, важны профилактические программы.
2. Это такой характер, а никакая не болезнь. Характер не разрушает жизнь и здоровье человека. За «взбалмошным» характером, или «ленью», или длящейся 2–3 недели без каких либо видимых причин «грустью» может стоять реальное заболевание. И прояснить ситуацию может только обследование у психиатра.
3. Миф о том, что врачи нужны только людям с «реальными» психическими проблемами, а стресс – у каждого второго. Правда же в том, что стресс и депрессия зачастую лишь верхушка айсберга, и главное в такой ситуации – вовремя отреагировать. Важно помнить,



что своевременное обращение к психотерапевту или психиатру помогает выбраться из депрессивной «ямы» тогда, когда человек в нее еще не успел упасть окончательно. Если пытаться справиться самим, высока вероятность «запустить» болезнь. И последствия могут быть непредсказуемые.

4. Миф о том, что психические расстройства неизлечимы. Многие заболевания при правильном лечении поддаются контролю и позволяют жить практически без ограничений. Если человек контролирует свое заболевание, многолетняя устойчивая ремиссия и активное участие в жизни – обычное дело. Важно только следовать рекомендациям врачей.

5. Психические заболевания делают людей непредсказуемыми. Непредсказуемость или «опасность» людей с психическими заболеваниями не только не более частые феномены, но и встречаются реже, чем в общей популяции населения.

Методика опроса пациентов и врачей при внедрении интеллектуальных технологий в практическое здравоохранение

Логунова Т. А.¹, Арзамасов К. М.¹, Кирпичев Ю. С.¹,
Андрейченко А. Е.¹, Ермолаев С. О.¹, Агафонова О. А.¹,
Семенов Д. С.¹, Блохин И. А.¹, Чернина В. Ю.¹, Мокиенко О. А.¹

¹ ГБУЗ города Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность:

Несмотря на широкое освещение темы искусственного интеллекта (ИИ) и интеллектуальных технологий в средствах массовой информации, в настоящее время отсутствуют объективные данные об отношении пациентов и врачебного сообщества к ИИ в медицинской деятельности, а также нет выработанной стратегии внедрения интеллектуальных технологий для обеспечения их востребованности в практическом здравоохранении.



Внедрение и использование ИИ в здравоохранении встречает множество препятствий из-за опасений, основной причиной которых является низкая осведомленность со стороны населения и профессионального сообщества. Востребованность интеллектуальных технологий со стороны врачей остается невысокой, несмотря на потенциальные возможности автоматизации рутинных задач, оптимизации рабочего процесса и налаживания процессов контроля качества. Последние исследования демонстрируют, что существуют алгоритмы, показатели точности которых при выполнении определенных сценариев сопоставимы с показателями опытных врачей, формируя тем самым научно-доказательную базу для внедрения интеллектуальных технологий не только в исследовательских целях, но и в рутинную практику.

Для повышения востребованности и обеспечения внедрения качественных интеллектуальных технологий в практическое здравоохранение требуется предварительный сбор обратной связи будущих пользователей и непосредственно пациентов, который позволит определить приоритетные направления для внедрения ИИ, спектр задач, в решении которых использование ИИ оправданно, а также повысит осведомленность врачей о возможностях интеллектуальных технологий, привлекая специалистов к активному участию в процессе внедрения и апробации.

Таким методом сбора и оценки объективной обратной связи является предлагаемая методика опроса врачей и пациентов, проходящая апробацию в отделениях лучевой диагностики медицинских организаций Москвы.

Методы:

Предлагаемая методика основана на технике выборочного опосредованного социологического опроса, состоящего из нескольких компонентов: онлайн-анкетирования населения об их отношении и осведомленности об интеллектуальных технологиях

в здравоохранении; опроса врачей, обучающихся работе с интеллектуальными технологиями, для оценки качества и необходимости обучения; опроса врачей, использующих интеллектуальные технологии, для оценки удовлетворенности взаимодействия с ними. По итогам повсеместного внедрения интеллектуальных технологий в практику планируется проведение опроса врачей для определения их приверженности определенным интеллектуальным технологиям. Исследование проспективное, проводится на базе ГБУЗ «НПКЦ диагностики и телемедицины ДЗМ» с июля по декабрь 2020 года.

ГБУЗ «НПКЦ ДИТ» была разработана брошюра для населения, распространяемая в медицинских организациях Москвы и содержащая информацию об интеллектуальных технологиях в лучевой диагностике, а также прямую ссылку на анонимную анкету-опросник об отношении и осведомленности пациентов относительно ИИ. Также ознакомиться с анонимным опросом можно на сайтах tele-med.ai и mosgorzdrav.ru.

Результаты:

По предварительным данным, использование интеллектуальных технологий в здравоохранении приветствуется населением – 50 % опрошенных относятся к ним положительно, 19 % и 23 % нейтрально и настороженно, и только 8 % выражают негативное отношение к ИИ в медицине.

Опрос врачей-рентгенологов, проходящих обучение использованию интеллектуальных технологий, показал, что врачи признают практическую значимость образовательных мероприятий, но достаточно скептически относятся к внедрению ИИ в практику.

Опрос врачей относительно их ожиданий от внедрения ИИ



показал, что рентгенологи не возлагают на ИИ высоких надежд в оптимизации рабочего времени: только 33 % опрошенных врачей считают, что внедрение ИИ сократит время работы врача. Также внедрение ИИ вызывает множество опасений, основными из которых является возможное увеличение ложноположительных находок (32 % опрошенных) и увеличение временных затрат (23 % опрошенных).

Обсуждение и выводы:

Новизна предлагаемой методики состоит в возможности объективной предварительной оценки ожиданий и отношения к интеллектуальным технологиям со стороны пациентов и врачей еще до внедрения их в практику.

Предлагаемая методика позволяет провести оценку лояльности пациентов и уровня доверия врачей к интеллектуальным технологиям в здравоохранении, оценку востребованности интеллектуальных технологий в медицине. Соцопрос повышает доступность достоверной информации для населения и уровень экспертной осведомленности об интеллектуальных технологиях, что снижает искусственно завышенные ожидания со стороны населения и уменьшает опасения со стороны профессионального сообщества.

Предлагаемая методика опросов проходит апробацию в отделениях лучевой диагностики медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы. Полученные данные указывают на возможность практического применения методики опроса для других диагностических и лечебных направлений.

На этапе подготовки к внедрению производится определение новых направлений в медицине, предполагающих внедрение ИИ, определяются ключевые параметры, по которым возможно оценить эффективность применения ИИ в решении задач данного медицинского направления, и корректируются вопросы в анкете. Этап реализации подразумевает проведение анкетирования врачей и населения

и аналитику полученных результатов опроса. Результатом внедрения методики являются выводы о стратегии внедрения интеллектуальных технологий и их востребованности по данному направлению.

К потенциальным эффектам внедрения предлагаемой методики относятся:

- повышение лояльности пациентов к использованию ИИ в практическом здравоохранении;
- повышение уровня осведомленности и доверия врачей к внедряемым интеллектуальным технологиям, дальнейшее повышение востребованности интеллектуальных технологий для врачей и привлечение их к активному участию в процессе их внедрения;
- достижение соответствий между ожиданиями пользователей и предлагаемыми им продуктами.

В целом внедрение предлагаемой методики опроса позволит создать условия со стороны населения и профессионального сообщества для успешного внедрения интеллектуальных технологий в здравоохранение.

В ходе исследования можно сделать следующий вывод: предлагаемая методика опроса реализуема и масштабируема, позволяет получить объективную оценку как со стороны непосредственных пользователей, так и населения.



Доверие как основа взаимоотношений «врач – пациент»

Петрова Г. Д.

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Доверие как феномен социальной реальности необходимо рассматривать с точки зрения практических проблем XXI века, изучая его сущностные характеристики. Доверие «другому» возможно только в результате осознания его качеств, редуцирования их в соответствии со своими ожиданиями. В процессе осознания доверие становится реальностью. Доверие как способ накопления социального капитала базируется на морально-психологических основах взаимного доверия «врач – пациент» и «пациент – врач» [1].

Главную роль в формировании этого доверия играет врач, так как его высокая степень психолого-деонтологической подготовки способна сформировать и поддерживать у пациента доверие к себе во всем процессе диагностики и лечения. Доверие «другому» формируется при грамотном ведении диалога «врач – пациент», где учтены телесное, духовное и психическое состояние пациента; его заверения в точности диагноза и тактики лечения, на вере в положительный исход болезни. Феномен доверия не исчерпывается лишь вежливыми взаимоотношениями «врач – пациент».

Доверие – это редкостная биологическая и психоэмоциональная защита организма пациента от действий патогенных факторов,

т. е. оно является значимым специфическим лечебным средством. Можно привести множество примеров из клинической практики, когда одни и те же предписания врача, назначенные пациенту известным академиком-клиницистом, оказывали более эффективное действие, чем предписания молодого, неопытного доктора. Таких примеров в действительности достаточно много, и они указывают на оздоровительный эффект доверия.

Морально-психологическое воздействие врача на больного состоит в психологическом влиянии посредством внушения и убеждения в положительном результате заболевания, в формировании внутренней духовной выдержки и стойкости больного при обострении или неблагоприятном течении аномального процесса.

Главная цель морально-психической поддержки – активность и содействие пациента в лечебно-оздоровительной процедуре, мобилизация защитного потенциала его организма в борьбе с заболеванием. Безусловно, такая поддержка будет эффективной, если у пациента есть доверие к врачу, к его методам лечения, что может усилить духовные и психические силы пациента в борьбе с заболеванием.

Мероприятия морально-психологической помощи не должны подвергать пациента принуждению, диктату. Врачебные советы должны быть принципиальными, в то же время доверительно-рекомендательными.

Врач к таким мероприятиям может привлечь как родственников пациента, так и близких друзей. Эффект такого воздействия скажется положительно на динамике болезни. Об этом врач должен уведомить пациента, свидетельствуя о его собственной роли в положительных изменениях в течении заболевания.



Итак, доверие как социальный капитал отображает прошлый личный и социальный опыт и определяет критерии взаимоотношений. В доверии зафиксирована социальная память, посредством механизмов доверия происходит накопление социального капитала, который нетрудно потерять и крайне сложно завоевать. Завоевание доверия – сложный и долгий процесс, что в итоге помогает определить, готов ли пациент рассчитывать на услуги медицинских организаций и соблюдать советы врачей.

Литература:

1. Экспорт медицинских услуг: Учебно-методическое пособие / Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 195 с.

Медико-социальное исследование мнений родителей о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации

Рыков М. Ю.

Институт клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение.

По мнению государственных деятелей и ряда авторов, на современном этапе развития отечественного здравоохранения наиболее важными являются проблемы увеличения продолжительности жизни и сокра-



щения смертности, в том числе детской. В этой связи особенно актуальными являются проблемы детской онкологии, поскольку злокачественные новообразования во всем мире до настоящего времени лидируют в структуре смертности детей, уступая лишь внешним причинам (дорожно-транспортные происшествия, отравления, несчастные случаи). При этом успех лечения зависит прежде всего от тесного взаимодействия пациента, его родителей и медицинских работников.

Материалы и методы.

Проведено медико-социальное исследование по разработанной «Анкете учета мнения родителей (законных представителей) по совершенствованию организации медицинской помощи ребенку с онкологическим заболеванием». Анкета состояла из 27 вопросов, респондентам предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответов для каждого из них или вписать свой вариант ответа. Для объективности анкеты заполнялись респондентами анонимно. Объектами исследования являлись родители (законные представители) детей с онкологическими заболеваниями, получавшие в 2011–2018 гг. медицинскую помощь в отделениях детской онкологии медицинских организаций субъектов Российской Федерации. Отделения детской онкологии медицинских организаций Центрального федерального округа (ЦФО), Северо-Западного федерального округа (СЗФО), Южного федерального округа (ЮФО), Северо-Кавказского федерального округа (СКФО), Приволжского федерального округа (ПФО), Уральского федерального округа (УФО), Сибирского федерального округа (СФО) и Дальневосточного федерального округа (ДВФО). Объем выборочных совокупностей для проведения исследования рассчитывался по формуле А. М. Меркова (1962) с известным числом наблюдений в генеральной совокупности:

$$n = \frac{(p \times q \times t^2 \times N)}{(N \times \Delta^2 + p \times q \times t^2)},$$

где

n – минимальный объем выборки; t – доверительный коэффициент ($t = 2$ при $p = 0,05$); p – частота появления признака в совокупности, показатель вероятности изучаемого явления (в данной ситуации неизвестен, поэтому принимается равным максимальному возможному значению 50 %); $q = 100 - p$ – показатель альтернативности, альтернативный p показатель; Δ – предельная ошибка показателя (5 %); N – численность генеральной совокупности. Таким образом, для обеспечения ре-презентативности исследования минимальное число родителей (законных представителей) детей с онкологическими заболеваниями, включенных в исследование, должно быть не меньше 363 чел.

Результаты.

Среди респондентов преобладали женщины – 79 ± 2 %. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 20 лет – $1,3 \pm 0,2$ %, от 21 до 30 лет – $39,4 \pm 2,41$ %, от 31 года до 40 лет – $27,3 \pm 2,2$ %, от 41 года до 50 лет – $11,2 \pm 1,6$ %, от 51 года до 60 лет – $13,7 \pm 1,7$ %, 61 год и старше – $7,1 \pm 1,3$ %. Средний возраст составил 27,2 года. Большинство респондентов ($73,2 \pm 2,2$ %) имели высшее образование, $21,5 \pm 2,0$ % – средне-специальное, незаконченное высшее – $3,9 \pm 0,95$ % и среднее – $1,4 \pm 0,6$ %. Анализ опроса показал, что $71,3 \pm 2,2$ % респондентов получили информацию о заболевании своего ребенка и методах его лечения. При этом дополнительно $30,1 \pm 2,3$ % респондентов указали, что получили неполную информацию. Информацию о заболевании ребенка и методах его лечения большинство получило от детских онкологов – $86,3 \pm 1,7$ %. Информацию как от детских онкологов, так и от врачей, проводивших исследование послеоперационного (биопсийного) материала, получили $13,7 \pm 1,7$ % респондентов. Педиатров и медицинских сестер ни один из респондентов не указал в качестве



источника информации. Большинству респондентов информация была понятна лишь частично – $78,6 \pm 2,0$ %, понятна полностью – $5,4 \pm 1,1$ %, непонятна – $16 \pm 1,8$ %. При этом $83,9 \pm 1,8$ % респондентов отметили, что информация объяснена сложным способом с использованием неизвестных научных терминов, $17,2 \pm 1,9$ % отметили, что предлагалось несколько вариантов лечения, оценить эффективность которых, сделать выбор не представлялось возможным. Большинство респондентов ($60,7 \pm 2,4$ %) в органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья не обращались, при этом $11,4 \pm 1,6$ % обращались в Администрацию Президента Российской Федерации, $9,3 \pm 1,4$ % – в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, $10,1 \pm 1,5$ % – в Министерство здравоохранения Российской Федерации, $8,5 \pm 1,4$ % – в администрацию субъекта Российской Федерации. В благотворительные фонды обращались $13,4 \pm 1,7$ %. Сочетание различных вариантов ответов отметили $1,1 \pm 0,5$ % респондентов. Причиной обращения явились: отказ в лечении в связи с неблагоприятным прогнозом течения заболевания – $67,4 \pm 2,3$ %, отсутствие возможности оплатить проезд до места лечения – $21,9 \pm 2,0$ %, и отказ в госпитализации – $8,3 \pm 1,4$ %. Часть респондентов в качестве причины обращения указали необходимость дополнительного финансирования лечения из личных средств – $2,4 \pm 0,8$ %, отсутствие в медицинской организации необходимых лекарственных препаратов или медицинских изделий – $1,9 \pm 0,7$ %. Сочетание различных вариантов отметили $0,5 \pm 0,3$ % респондентов. Большинство респондентов отметило, что не удовлетворены отношением к ним и их детям врачей и среднего медицинского персонала: $81,1 \pm 1,9$ %, удовлетворены лишь частично – $15,9 \pm 1,8$ %, удовлетворено полностью $3 \pm 0,8$ %. Из тех респондентов, кто не удовлетворен отношением, указали в качестве специалистов, отношение которых их не устроило, детских онкологов ($41,7 \pm 2,4$ %), педиатров ($13,1 \pm 1,7$ %), рентгенологов ($3,9 \pm 0,9$ %) и лучевых терапевтов ($12,3 \pm 1,6$ %). Сочетание данных вариантов отметили $29 \pm 2,2$ % респондентов. Также данная категория респондентов в качестве причины указала грубость в общении ($35,8 \pm 2,4$ %), отсутствие достаточного внимания со стороны медицинского персонала ($21,3 \pm 2,0$ %) и отсутствие заинтересованности

в успехе лечения ($19,7 \pm 2,0$ %). Сочетание данных вариантов отметили $23,2 \pm 2,0$ % респондентов. Качеством медицинской помощи, оказанной их ребенку, полностью удовлетворено лишь $16,2 \pm 1,8$ % респондентов, удовлетворено частично – $13,3 \pm 1,7$ %, не удовлетворено – $70,5 \pm 2,3$ %. В качестве основной причины отсутствия удовлетворения респонденты отмечали ожидание госпитализации из-за отсутствия свободных коек ($71,1 \pm 2,2$ %) и отсутствие необходимых медицинских препаратов ($19,3 \pm 1,9$ %). Отсутствие эффекта от лечения в качестве причины указали $9,6 \pm 1,5$ % респондентов. Большинство респондентов в качестве предпочтительного места лечения их ребенка отметили медицинскую организацию федерального подчинения ($63,7 \pm 2,4$ %), медицинскую организацию, расположенную за пределами территории Российской Федерации, – $33,9 \pm 2,4$ %. Лишь $2,4 \pm 0,8$ % отметили медицинскую организацию по месту жительства, указав в качестве причины сокращение финансовых затрат на проезд и проживание. Недоверие к квалификации медицинского персонала в Российской Федерации в качестве причины указали $12,7 \pm 1,6$ % респондентов, отсутствие комфортных условий для прохождения обследования и лечения – $11,8 \pm 1,6$ %, отсутствие необходимых методов диагностики и лечения – $5,3 \pm 1,1$ %, сочетание перечисленных вариантов – $12,8 \pm 1,6$ %.

Заключение.

Недоверие к врачам – одна из основных проблем российской медицины, наряду с отсутствием комфортных условий во многих медицинских организациях и формальным отношением медицинского персонала к пациентам, в том числе во время плановых профилактических осмотров (диспансеризаций). Именно эти дефекты не позволяют увеличить раннее выявление онкологических заболеваний, потому что данная цель достижима только при тесном и доверительном взаимодействии врача и пациента.



Возможность использования результатов социологических опросов для оценки качества предоставления ПМСП лицам старше трудоспособного возраста

Смирнова Е. В., Волкова О. А.
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В сложившихся условиях рыночной экономики при формировании доходов медицинской организации (МО), предоставляющей первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), независимо от формы собственности, определенную роль играет ее потенциал как поставщика платных медицинских услуг (ПМУ), в том числе предоставляемых прикрепленному населению. Безусловно, в первую очередь неотъемлемой компонентой данного направления работы МО является соблюдение рамок оказания ПМУ, обозначенных действующим законодательством. При этом от размеров сумм, поступающих от получения внебюджетных источников

финансирования, в которых ПМУ принадлежит решающая роль, зависит в том числе и уровень реальной заработной платы врачей, медсестер и прочих специалистов, задействованных в предоставлении т. н. бесплатной медицинской помощи. Таким образом, потенциальная платежеспособность населения, регулярно посещающего МО, косвенно является одним из факторов, влияющих на финансовую составляющую любой МО.

Возможно, именно в связи с этим в настоящее время в ряде литературных источников позиционируется тезис об отношении персонала медицинских организаций к категории пожилых пациентов как к некоему обременению для медицинской организации, базирующийся в первую очередь на мнении, сформированном отдельными экспертами по результатам анкетирования данной возрастной группы (мужчины старше 60 и женщины – старше 55 лет) [1, 2, 3].

Данное предположение тесно связано с общей оценкой возрастными пациентами деятельности системы здравоохранения Российской Федерации. При этом в оценке удовлетворенности здравоохранением как адекватном инструменте благополучия пожилых была выявлена определенная противоречивость: одни авторы находили в этой сфере доказательства нелинейного влияния возраста на воспринимаемое качество медицинской помощи, а другие подчеркивали, что пожилые граждане здравоохранение оценивают выше, чем другие когорты. Но во всех случаях исследователи видят необходимость борьбы со стереотипами о здоровье пожилых людей, преодоления установок, выражающихся как «просто старость» [4].

Подтверждено, что пожилые пациенты с хроническими заболеваниями, то есть имеющие более сложные и многообразные потребности в медицинской помощи, не являющиеся при этом целевой аудиторией для платных медицинских услуг, могут оказаться нежелательными



в организациях, ориентированных на высокую эффективность и быстрые обороты. Дискриминация в отношении здоровья пожилых людей, в свою очередь, способна привести к формированию у пациентов возрастных предубеждений и стереотипов в отношении к системе здравоохранения в целом, мешающих своевременному обращению за медицинской помощью [4].

В Москве решение данной проблемы поставлено фактически во главу большинства осуществляемых преобразований, проводимых в столичном здравоохранении. Так, в рамках реализации проекта «Московский стандарт поликлиники», с целью повышения доступности ПМСП для пожилого населения при оказании долговременной медико-профилактической помощи пациентам с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию по причине заболевания, последствий травм или дефектов на базе медицинских организаций, предоставляющих ПМСП, организована патронажная служба, состоящая из врачей и среднего медицинского персонала [5]. В целях улучшения качества диспансерного наблюдения возрастных пациентов (от 55–60 лет и старше) с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями, но не ограниченными в самостоятельном передвижении, выделены врачи, ведущие на постоянной основе до 500 человек таких пациентов, вкпе с увеличением до 40 минут времени приема.

В рамках изучения аспектов предоставления ПМСП поликлиниками, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы, в целях изучения субъективной оценки практических результатов внедрения новаций в оказании ПМСП пожилому населению, целесообразно проведение специального (целевого) социологического опроса среди пациентов старше трудоспособного возраста. Предлагаются примерные формы анкет, позволяющих анализировать как субъективную оценку предоставления ПМСП респондентам в городских поликлиниках, так и объективные причины посещения ими данных медицинских организаций.

Тезисы

№ 1: «Что изменилось для Вас в медицинском обслуживании после выхода на пенсию/ достижения возраста 55–60+?»

№	Оцениваемые объекты	Изменилось в лучшую сторону	Не изменилось	Изменилось в худшую сторону	Затрудняюсь ответить
		1	2	3	
1	Отношение врачей и качество лечения (обследования)				
2	Отношение среднего мед. персонала				
3	Доступность специалистов и исследований (время ожидания)				
4	Количество назначаемых медицинских процедур				
5	Количество назначаемых диагностических исследований				

№ 2: «Изменились ли причины обращения в поликлинику после выхода на пенсию/ достижения возраста 55–60+?»

№	Поводы для обращения	Частота посещения клиники			
		Посещаю чаще, чем до пенсии	Посещаю реже, чем до пенсии	Посещаю по-прежнему	
				Часто	Редко
1	2	3	4		
1	В связи с заболеванием (острое или обострение хронического)				
2	Самостоятельное посещение с профилактической целью («надо заботиться о своем здоровье»)				
3	Посещение по приглашению медицинского работника или страховой компании («диспансеризация», профосмотр)				
4	Посещение для оформления документов и/или льгот				
5	Для решения социальных вопросов (уход, курортное лечение)				



Анкетирование как форма изучения результатов деятельности медицинских организаций является неотъемлемой частью комплексной оценки эффективности ПМСП, позволяющей выявить отдельные характеристики и направления совершенствования процесса ее организации и оказания различным категориям прикрепленного населения.

В настоящее время НИИОЗММ ДЗМ завершен сбор анкет, полученных в ходе унифицированного (не дифференцированного по целевой аудитории) социологического опроса в рамках темы «Научно-методическая оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций», проведенного среди пациентов девяти поликлиник г. Москвы, в том числе старших возрастных категорий. Анализ результатов будет представлен в последующих публикациях.

Литература:

1. Максимова С. Г., Ноянзина О. Е., Максимова М. М., Омельченко Д. А. Соответствие организации системы здравоохранения и оказания медицинской помощи потребностям граждан пожилого и старческого возраста: аспекты социальной исключенности. – Вестник Алтайского гос. аграрного университета – 2016. – 4(138). – С. 180–185. Доступно по <http://www.asau.ru/vestnik/2016/4/180-185.pdf> (дата обращения 22.10.2019).
2. Стасевич Н. Ю., Смыслов И. Н., Немсцверидзе Э. Я. Организационные основы совершенствования гериатрической помощи в медицинских учреждениях разной формы собственности. Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал] 2015; 42(2). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/671/30/lang,ru/> (Дата обращения 22.10.2019).
3. Степчук М. А., Пинкус Т. М., Боженко Д. П., Ефремова О. А. Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области // Научные ведомости БелГУ. – Серия: Медицина. Фармация. – 2012. –

№ 10(129). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-organizatsii-meditsinskoj-pomoschi-naseleniyu-belgorodskoy-oblasti> (дата обращения: 06.11.2019).

4. Мухарьямова Л., Савельева Ж. Доступность и справедливость здравоохранения для пожилых (в оценках населения и экспертов) URL: <https://ras.jes.su/socis/s013216250006663-2-1> (дата обращения: 17.11.2020).

5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения» (вместе с «Регламентом реализации мероприятий по оказанию плановой медицинской помощи на дому пациентам с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в медицинских организациях»). Консультант Плюс. [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=130880005506172257058699009&cacheid=6F0BBDC59AC377DD413BD5E81B081933&mode=splus&base=MLAW&n=199880&rnd=8A9BD35495914B0B85462247727A98C0#009462503549650614>. (дата обращения 12.11.2020).



Лояльность сотрудников детской поликлиники: проблемные области и направления работы

Уханова Г. Ю.¹, Зотов А. С.¹, Богдан И. В.²

¹ ГБУЗ ДГП № 86 ДЗМ

² ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

В марте-апреле 2020 года ДГП № 86 совместно с Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента было проведено исследование персонала поликлиники на предмет оценки рабочих процессов, а также уровня и факторов лояльности персонала.

Был опрошен 331 сотрудник поликлиники – различные группы персонала, включая врачебный и сестринский.

Исследование проводилось путем бумажного анкетирования, так как при таком методе сбора данных гораздо легче отследить фальсификацию (бумажные анкеты сложнее подделать, чем, например, при опросе посредством гугл-форм).

Выявлено, что показатель лояльности персонала, который мы измеряли индексом eNPS по методике Райхельда, в среднем по поликлинике составил 18, что, согласно исследованиям НИИОЗММ, является достаточно высоким показателем для системы здравоохранения.

Были проведены измерения индекса не только в среднем по организации, но и в разрезе отделений, выделены проблемные подразделения. В целом важно отметить, что наибольшей лояльностью обладает врачебный персонал, что также является типичным для системы здравоохранения. Самыми лояльными оказались врачи-специалисты.

Основная причина лояльности для сотрудников ДГП № 86 соотносится с данными и по другим медицинским организациям – это хорошая атмосфера в коллективе. Вклад в хорошую атмосферу вносит восприятие коллег как компетентных, восприятие работы как интересной, престижной, обладающей возможностями для роста.

Важно, что большинство причин нелояльности по сути носят информационный характер и требуют налаживания информационных потоков. Также ряд из них не является зоной компетенции руководства поликлиники – например, вернуться к участковому принципу, изменить нормативы приема, изменить функционал ЕМИАС и т. д. Ряд сотрудников это понимает, некоторые – нет.

Важным было выделить не только факторы лояльности, но и существующие конфликты между подразделениями и внутри них для дальнейшей работы. Конфликты сами по себе снижают лояльность.

Чаще всего проблемы возникали в более крупных отделениях, например в педиатрическом, что логично, так как оно является центральным для детской поликлиники.

Важно подчеркнуть, что это было не просто констатирующее исследование. В данный момент, когда результаты исследования структурированы, рассмотрена лояльность и причины ее снижения на уровне каждого из подразделений, мы переходим к практическим действиям по итогам исследования.



Проанализировав результаты исследования, для дальнейшей работы мы отобрали наиболее аномальное отделение, где результаты были максимально нетипичными по отношению к другим.

Для выявления причин аномалии, а также для того, чтобы отработать на данном пилотном подразделении работу по улучшению производственных процессов, мы создали рабочую группу из активистов подразделения и сотрудников ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Было проведено уже две рабочих встречи, на которых обсуждены вопросы и предложения, высказанные сотрудниками подразделения при анкетировании, уточнены непонятные моменты, собраны и обсуждены предложения сотрудников по улучшению ситуации.

По итогам обсуждения мы получили таблицу, в которой указана формулировка проблем, озвученных активистами, предложенный ими концепт решения. Проанализировав их, мы собрали информацию о положении дел относительно того, что активисты назвали проблемой. Все проблемы, указанные сотрудниками, имеют решение, но:

- 1) либо сотрудники не знают, что проблема решена;
- 2) либо идет недопонимание;
- 3) либо их не устраивает это решение.

Из этого был сделан вывод, что основной проблемой выступили проблемы коммуникационные.

Руководители структурных подразделений являются проводником информации, идущей от руководства поликлиники, к непосредственно исполнителям. В их функции входит: донести информацию до каждого, разъяснить и получить обратную связь, а в дальнейшем проконтролировать исполнителя, дать оценку деятельности. Когда цепочка прерывается на любом этапе – идет искажение и, как следствие, недопонимание между руководством поликлиники и сотрудниками. Нет нерешаемых проблем – главное, желание их решить.

В этой связи важным видится подбор кадров руководителями структурных подразделений, их лояльность и мотивация работы с коллективом.

Заключение

В целом мы считаем, что необходимо тиражирование такого рода исследований в организациях московского здравоохранения, когда во взаимодействии менеджеров здравоохранения и социологов происходит реальная работа над улучшением рабочих процессов, происходит построение системы обратной связи от сотрудников. Сотрудники – зачастую источник ценнейших идей, и многие из них реально мотивированы изменить работу организации к лучшему. Преступно было бы этим не воспользоваться, тем более, соответствующий запрос «снизу» есть.



Приложение

**Общая информация
о форуме
и организаторах**

СТАТИСТИКА ФОРУМА

12 ноября 2020 г. в Москве в онлайн-формате состоялся II Форум «Социология здоровья», который был посвящен обсуждению вопросов поддержания и повышения общественного доверия системе здравоохранения, лояльности к ней населения и медицинских работников.

В дискуссии приняли участие руководители федеральных и региональных органов власти, научных и образовательных организаций, главные врачи медицинских организаций, представители пациентских организаций, представители ведущих компаний в области социологии здоровья, ведущие зарубежные специалисты.

Более

30

спикеров



Более

2500

подключений



16 стран

66 субъектов

106 городов



НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Форум «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют» был аккредитован Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Участники, посетившие и пленарное заседание, и секции, получили по 6 баллов по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО РАЗВИТИЮ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

ПРОЕКТЫ НИИОЗММ ДЗМ

Центр медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ ведет свою работу на стыке социологии и управления здравоохранением. Весной 2020 года сотрудники центра под эгидой Европейского бюро ВОЗ проводили крупное научное исследование «Мониторинг информированности, восприятия рисков, моделей профилактического поведения и уровня доверия населения Москвы для поддержки мер реагирования на вспышку пандемии», посвященное изучению поведения населения в эпоху распространения новой коронавирусной инфекции, которое затронуло также вопросы доверия властным

Приложение

институтам, институтам здравоохранения и их представителям. Данные исследования были учтены при подготовке рекомендаций по информационной политике в Москве.



ИССЛЕДОВАНИЕ



Мониторинг информированности и поведенческих аспектов, связанных с COVID-19, в городе Москве

s-covid.niioz.ru/ru

Важный вопрос в контексте построения доверия – **образ медицинского работника**. В связи с этим в центре активно вводится работа по изучению стереотипов массового сознания в отношении врачей и медицинских сестер.

ОСНОВНЫЕ ПРОЕКТЫ ЦЕНТРА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НИИОЗММ ДЗМ

2016 год

«Социологическое сопровождение аудита психиатрической службы города Москвы».



2017 год

«Лояльность персонала медицинских организаций и их статистические показатели».

2018 год

«Мониторинг мнения врачей и пациентов по вопросам ЗОЖ», «Мониторинг удовлетворенности москвичей московским здравоохранением».

2019 год

«Образы медицинских специалистов в социальных медиа», «Социальный портрет медицинского волонтера».

2020 год

«Мониторинг информированности, восприятия рисков, моделей профилактического поведения и уровня доверия населения Москвы для поддержки мер реагирования на вспышку пандемии».



II ФОРУМ 12.11.2020

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ,
КОТОРОМУ ДОВЕРЯЮТ

Партнеры форума



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Российская Программа Здоровья



С СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



ФОМ

МОСКВА
2 0 2 0