

Л.В. Солохина, И.В. Акимов

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЕННУЮ СЕМЬЮ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Различные исследования, проводимые в ряде силовых министерств и ведомств и направленные на изучение функции военной семьи, показывают, что семья военнослужащего продолжает играть заметную роль в обеспечении нормального функционирования подразделений силовых структур. Семья преимущественно формирует здоровье индивида, устанавливает особый уровень взаимоотношений ее членов с медицинскими работниками, службами здравоохранения. Семейные проблемы и неурядицы зачастую непосредственно наносят ущерб служебной активности военнослужащих и, как следствие, отрицательно сказываются на морально-психологическом состоянии воинского коллектива в целом. Со своей стороны, служба коренным образом влияет на уклад жизни семьи, и проблемы служебной деятельности находят свое отражение на состоянии семейной жизни военнослужащих. Введение семейного принципа в практику здравоохранения, с одной стороны [5], утрата этого принципа на уровне преемственности проблем сохранения здоровья военной семьи военно-медицинскими учреждениями в ходе проводимых реформ Вооруженных сил (в том числе и реформы военно-медицинских учреждений) [1, 2], с другой стороны, позволяют предположить, что военнослужащие и члены их семей будут дистанцироваться от качественной и доступной медицинской помощи, оказываемой в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях, что ухудшит состояние здоровья военных семей.

Определение семьи как группы лиц, связанных не только кровным родством или свойством (родством через брак), но и общим жилищем, бюджетом и внутрисемейной взаимопомощью, наиболее полно отражает особенности военной семьи. Функции семейных трудностей профессиональных военнослужащих, несмотря на бытующее мнение обывателей о консолидирующей функции различного рода выпадающих на долю военной семьи испытаний, имеют преимущественно негативное и деструктивное влияние. Они влияют на психосексуальное здоровье личности и семьи, на межличностное и межгрупповое общение семьи, на эффективность совместной деятельности супругов, учебы детей, личностное развитие детей и самих родителей, на семейную жизнедеятельность в целом.

Особенностями функционирования военной семьи необходимо признать также непосредственную или опосредованную причастность к экстремальным обстоятельствам воинской жизни, которая как стимулирует, так и дестабилизирует психолого-педагогические функции семьи; высокий уровень интеллектуальных, жизнеутверждающих возможностей членов семьи и заниженный диапазон их реализации, что сказывается в повышенной

Резюме

Семья военнослужащего продолжает играть заметную роль в обеспечении нормального функционирования подразделений силовых структур. Семейные проблемы и неурядицы зачастую непосредственно наносят ущерб служебной активности военнослужащих и, как следствие, отрицательно сказываются на морально-психологическом состоянии воинского коллектива в целом. Выключение военной семьи из системы медицинского обеспечения силовых ведомств может нанести урон ее здоровью, а также здоровью военнослужащих. Попытки интегрирования военнослужащих в систему здравоохранения, не имеющую отношения к ведомствам, приводят к дистанцированию от них медицинской помощи и снижению ее качества, кроме того, не учитывают специфики служебной деятельности военнослужащих.

Ключевые слова: военная семья, ведомственная медицина, проблемы медицинского обеспечения, качество медицинской помощи.

L.V. Solokhina, I.L. Akimov

MODERN PROBLEMS OF DEPARTMENTAL MEDICINE AND THEIR IMPACT ON THE MILITARY FAMILY

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The family of a military man continues to play an appreciable role in maintenance of normal functioning of divisions of power structures. Family problems and disorders frequently directly cause a deterioration of office activity of military men and, as a consequence, negatively affect a moral and psychological condition of military collective as a whole. Removal of a military family from the system of medical services of power departments can cause health problems within a family as well as in military men themselves. Attempts of integration of military men in the system of public health services which has nothing to do with the departments, lead to distancing medical services from them and decreasing its quality. In addition, it doesn't consider specificity of specialized activity of military men.

Key words: military family, departmental medicine, problems of medical support, the quality of medical care.

чувствительности их «истощения»; дефицит общения военнослужащего с семьей, который формирует «дистантный» стиль общения, жизнедеятельности семьи,



Рис. 1. Соотношение категорий, обладающих правом лечения в военно-медицинских учреждениях



Рис. 2. Характеристика приоритетов при обращении военнослужащих за медицинской помощью

зависимость сплоченности семьи от сходства семейных ценностей супругов; традиционность социально-ролевой структуры и выраженную социальную открытость семьи для воинского социума; особую значимость семейно-соседских отношений.

Материалы и методы

Приводятся результаты анализа опроса, проведенного среди военнослужащих и членов семей военнослужащих одной из силовых структур в 2007 г., касающиеся медицинского обеспечения, результаты медико-социального обследования семей военнослужащих N-ской части Восточного военного округа, проведенного в 2009 г.

Результаты и обсуждения

Семьи военнослужащих весьма условно можно разделить на семьи солдат и сержантов, матросов и старшин срочной службы, семьи прапорщиков и мичманов, семьи военнослужащих, проходящих службу по контракту, семьи курсантов, семьи офицеров (младших, старших и высших — генералов).

Базовой частью этих семей, самой многочисленной и специфической, и являются в настоящее время семьи офицеров. Молодые семьи военнослужащих, проходящих военную службу по призыву (самая малочисленная группа), практически не отличаются от других семей нашего общества, так как воздействие специфических факторов воинского (ратного) труда минимизировано до крайней степени и ограничено по времени сроком до одного года.

Сложившиеся на современном этапе развития военной медицины особенности позволяют осуществлять лечение в военно-медицинских учреждениях около 7 млн чел. Из них 16% — действующие военнослужащие, 13% — пенсионеры Минобороны, 11% — гражданский персонал военного ведомства и 60% — члены семей военнослужащих и военных пенсионеров (рис. 1) [1]. Таким образом, члены семей военнослужащих представляют количественно и качественно значимую категорию лиц, пользующихся правом лечения в военно-медицинских учреждениях.

В рамках реформы Вооруженных сил перед военными медиками поставлена задача построения двухуровневой системы медицинского обеспечения [2]. Первый уровень — это профилактика и диспансеризация на уровне войскового звена, которое в настоящее время представлено медицинскими пунктами частей и подразделений. Оп-

тимизация медицинской службы этого звена занимает особое место, учитывая, что военное ведомство пытается осуществить переход на контрактную основу формирования частей, что повлечет изменение как в штатном составе военно-медицинских служб частей, так и качества оказания медицинской помощи. К первому уровню относится также оказание квалифицированной и специализированной помощи в окружных (флотских) госпиталях по территориальному признаку. Второй уровень — оказание специализированной высокотехнологичной помощи в Военно-медицинской академии, Главном, 2-м и 3-м центральных военных клинических госпиталях.

В рамках военной реформы к 2012 г. Минобороны планирует довести численность Вооруженных сил до 1 млн чел., а количество офицеров сократить с 350 до 150 тыс. чел., до 2016 г. будет сокращена треть военных офицеров-медиков, в медицинских учреждениях планируют оставить их 2,2 тыс. [6, 7]. Главное военно-медицинское управление (ГВМУ) будет стараться оставлять офицеров-медиков на должностях хирургов, анестезиологов, реаниматологов, то есть на тех должностях, которые, по мнению ГВМУ, будут определять боевую готовность медицинских подразделений [8]. Другие должности будут замещаться гражданскими специалистами, работа которых в воинских коллективах будет регламентироваться уже Трудовым кодексом, а не требованиями общевоинских уставов и приказами командиров и начальников. Проводимая в Минобороны оптимизация не может не затронуть в ближайшее время и военную медицину других силовых структур и ведомств, поскольку, как показывает опыт, Минобороны в вопросах реформирования является безусловным «законодателем моды».

Основные усилия военной медицины в подавляющем большинстве своем в настоящее время направлены на лечебно-профилактические мероприятия в отношении только самих военнослужащих, проходящих военную службу как по контракту, так и по призыву, несколько реже на военных пенсионеров определенных категорий [1, 8]. Медицинская помощь в военно-медицинских учреждениях для этих категорий в настоящее время максимально доступна [1, 2].

Этот факт подтверждается данными мониторинга, проведенного в 2007 г. среди военнослужащих одной из силовых структур, занимающихся вопросами обеспечения безопасности. Было выяснено, что когда военнослужа-



Рис. 3. Основные трудности, с которыми встречаются военнослужащие при реализации права на медицинскую помощь на втором уровне оказания медицинской помощи

щему необходимо обратиться к врачу за медицинской помощью, он обращается в первую очередь в лечебное учреждение по месту своей службы (67,3±6,0%), во вторую очередь — в лечебное учреждение по месту прикрепления (19,7±5,1%), в лечебное учреждение по месту жительства — в 8,0±3,5%, в частное лечебное учреждение — в 7,7±3,4% (рис. 2).

Таким образом, первый уровень оказания медицинской помощи, к которому относятся лечебные учреждения по месту службы, является наиболее востребованным и приоритетным для военнослужащих всех категорий, что определяется близостью и доступностью этих медицинских учреждений к военнослужащим.

Качественная характеристика первого уровня оказания медицинской помощи выглядит следующим образом: при посещении ведомственных медицинских учреждений военнослужащие отмечают препятствия для получения ими полноценного лечения, выделяя в их ряду недостаток врачей узких специальностей, в 26±5,7% случаев; низкую оснащенность военно-лечебных учреждений медицинской техникой, оборудованием, транспортом в 30,8±6,0% случаев; необеспеченность льготных рецептов необходимыми лекарствами в 17,7±4,9%; невозможность получения в полном объеме бесплатной качественной помощи, в том числе сложности с направлением на дополнительные бесплатные консультации, обследования в 39,4±6,3%; низкую квалификацию медицинского персонала в 16,9±4,9%; негативное отношение, равнодушие медицинского персонала в 15±4,6%; организацию работы лечебного учреждения (неудобный график работы, талонная система организации амбулаторного приема) в 17,6±4,9%; дефицит лекарств, медикаментов в 9,0±3,7% случаев. Таким образом, низкую оснащенность и недостаток врачей узких специальностей в ведомственных медицинских учреждениях и уменьшение вследствие этого объема медицинской помощи, при снижении ее качества, респонденты отмечают как основные препятствия для получения ими полноценного лечения.

На этом же уровне оказания медицинской помощи (применительно к специфике оказания медицинской помощи опрошенным контингентам в прикрепленных медицинских учреждениях) военнослужащие также встречаются с определенным рода трудностями, которые, по данным опроса, заключаются в 29,8±6,4% случаев

в недостаточном качестве и эффективности медицинского обслуживания, в 24,5±6,0% — в несовершенстве диагностической и лабораторной службы, в 25,2±6,1% — в трудностях попасть к специалисту нужного профиля, в 41,9±6,9% — в плохой организации работы учреждения (очереди, неудобный график работы) (рис. 3).

Подавляющее большинство респондентов указывает в ряду основных трудностей при оказании медицинской помощи на этом уровне оказания медицинской помощи организационные моменты, обусловленные медицинским управлением (организация работы учреждения), что не может отрицательно характеризовать военно-медицинский менеджмент, а свидетельствует об огромном объеме работы военно-медицинских учреждений, который сочетается со спецификой служебной деятельности прикрепленных контингентов.

Помимо этих проблем, при обращении за медицинской помощью по месту прикрепления, получали отказы в консультациях ведущими и главными специалистами 5,2±2,5% респондентов, в бесплатном проведении необходимого обследования и выписке назначенных для лечения бесплатных медицинских препаратов было отказано 11,7±4,2% респондентов, получили рекомендации проводить лечение только на платной основе 8,2±3,6% респондентов. Не сталкивались ни с какими проблемами подавляющее число опрошенных военнослужащих (75,9±5,6%).

Предпочтения при реализации прав на оказание медицинской помощи на первом уровне выразились, по данным опроса, следующим образом: предпочли бы в случае заболевания находиться на стационарном лечении в госпитале по месту прикрепления 56,5±6,5% респондентов, в городской (муниципальной больнице) — 7,7±3,5%, в частном лечебном учреждении — 36,5±6,3% респондентов. Таким образом, качество оказания медицинской помощи, по мнению респондентов, в военно-медицинских учреждениях и частных медицинских учреждениях вполне сопоставимо. Наименее привлекательными в плане получения стационарного лечения оказались для опрошенных медицинские учреждения муниципальной принадлежности.

Несмотря на имеющиеся трудности при обращении за медицинской помощью в ведомственные медицинские учреждения первого уровня, военнослужащие все же отдают предпочтение лечению, проводимому именно в военно-медицинских учреждениях.

На вопрос о мнении респондентов о том, какой должна быть система медицинского обеспечения работников силовых ведомств, были получены ответы, которые полностью оправдывают существование имеющейся системы, со всеми ее объективными особенностями, как прошедшей испытание временем и имеющей резерв для дальнейшего совершенствования.

Подавляющее большинство (88,7±6,5%) респондентов видят ее в будущем как единую систему медицинского обеспечения всех силовых структур России с равными правами пользования услугами военно-медицинских учреждений, 5,6±2,7% считают, что лечиться нужно в медицинских учреждениях только по месту прикрепления, 6,0±2,9% опрошенных считают, что нужно лечиться по программе обязательного медицинского страхования и по месту жительства. Таким образом, приоритет рассмат-

риваемой в настоящее время Минздравсоцразвития возможности медицинского обеспечения военнослужащих по государственной системе обязательного медицинского страхования лежит вне плоскости интересов самих военнослужащих, адекватно оценивающих состояние дел в современном здравоохранении.

Попытки исключения из структуры военно-медицинских учреждений, занимающихся медицинским обеспечением военнослужащих на первом уровне, акушерско-гинекологической службы, педиатрических отделений и кабинетов, которые обслуживали членов семей военнослужащих, выводит из поля зрения военных медиков жен и детей военнослужащих, которые вынуждены получать медицинскую помощь в медицинских учреждениях различных форм собственности, не имеющих отношения к военной медицине и не адаптированных к реалиям функционирования военной семьи.

Члены семей военнослужащих, по результатам проведенного мониторинга этого вопроса, свободно могли пользоваться услугами ведомственной медицины лишь в $27\pm 6,0\%$ случаев обращений, имели сложности при обращении $15,8\pm 5,0\%$, не имели возможности пользоваться услугами $22,1\pm 5,6\%$ опрошенных. Члены семей военнослужащих испытывают также и затруднения при получении ведомственных направлений на стационарное лечение в госпитали: совершенно не сложным получить лечение в госпитале по направлению сочли $4,9\%$ опрошенных, имели некоторые сложности $6,5\%$ опрошенных, о том, что крайне сложно получить лечение по направлению, заявили $6,2\%$ респондентов, и не имели такой возможности $21,4\pm 5,6\%$. Не смогли оценить сложившуюся ситуацию по причине отсутствия необходимости в стационарном лечении $44,6\pm 6,8\%$. Таким образом, подавляющее большинство членов семей военнослужащих просто лишены возможности получения необходимого стационарного лечения в ведомственных медицинских учреждениях.

Безусловно, члены семей военнослужащих в ближайшее время будут испытывать еще большие затруднения при обращении за медицинской помощью в ведомственные медицинские учреждения, поскольку недостаток финансирования медицинской службы многих силовых структур заставляет руководство военно-медицинских учреждений делать выбор, который касается полноты и доступности медицинского обеспечения для членов семей военнослужащих отдельных категорий. Появляются различного рода указания и разъяснения на местах, которые зачастую выводят членов семей военнослужащих, проходящих военную службу по контракту на должностях солдат, сержантов и прапорщиков, из поля деятельности военных медиков, что неблагоприятно сказывается на здоровье военных семей, а также на моральном климате подразделений, вызывая раздражение складывающимся социальным неравенством, которое в условиях функционирования воинского коллектива отнюдь не приводит к его консолидации при выполнении возлагаемых на него задач.

В настоящее время весьма значительная по численному составу категория граждан-военнослужащих, занимающаяся специфическим (ратным) трудом, который регламентирован особыми правилами, определяющими специфику их жизнедеятельности в части, касающейся исполнения особого рода служебных обязанностей и имеющей огра-

ничения некоторых конституционных прав и свобод, по сути дела, в функциях семьи приравниваются к обычным гражданам. Члены семей военнослужащих, в силу обстоятельств и особенностей службы своих кормильцев, постепенно утрачивают имевшиеся ранее возможности по получению необходимого объема медицинской помощи и последовательно, без законных на то оснований вытесняются из ведомственной системы здравоохранения, теряя во многих случаях в доступности и качестве оказания медицинской помощи. В подобной ситуации роль медицинских работников первичного «войскового» звена, каждодневно работающих в непосредственном контакте как с самими военнослужащими, так и с членами их семей, ведущих ежедневное медицинское наблюдение за ними, имеющих достоверную и достаточно подробную информацию о состоянии функционирования военных семей, возрастает [4]. Из-за объективных факторов отрешенности от проблем военных семей и военных коллективов медицинских специалистов первого уровня (амбулаторно-поликлиническое звено), второго уровня медицинской помощи, именно медицинские специалисты войскового звена в самом скором времени, при имеющихся у них широких возможностях организации любого рода мероприятий по гигиеническому обучению и воспитанию военнослужащих и членов их семей, будут непосредственно влиять на такую важную в современном мире функцию военной семьи, как медицинская.

Близость к военной семье службы первичной медицинской помощи (медицинская служба частей и подразделений) формирует тот особый уровень взаимоотношений ее членов с медицинскими работниками, который позволяет военным медикам не утратить последовательности и преемственности в своих действиях по укреплению здоровья военной семьи [4]. Учитывая же относительную немногочисленность и обособленность подразделений, их кадровую стабильность, наличие в настоящее время устойчивых трудовых династий, а также свойства выполняемых оперативно-служебных задач, медицинская функция семьи, подкрепляемая действиями военно-медицинских специалистов в направлении санации возникающих проблем в военных семьях, начинает играть довольно значимую роль в сохранении и укреплении здоровья самих военнослужащих.

Таким образом, сохранение основополагающих принципов военной медицины: последовательности и преемственности лечебно-профилактических мероприятий, достаточно высокого уровня оказания любого вида медицинской помощи, позволяющих организовать медицинское сопровождение как самого военнослужащего в течение всей его службы, так и членов его семьи, обеспечить достойное медицинское обслуживание военнослужащих, находящихся в запасе (военных пенсионеров), с целью поддержания приемлемого для возможного их дальнейшего использования в профессиональном качестве уровня состояния здоровья, позволит в ближайшем будущем не утратить имеющихся возможностей по поддержанию высокой боевой готовности подразделений различных силовых ведомств.

Л и т е р а т у р а

1. Шаппо В.В. Военная медицина. Вчера, сегодня, завтра // Ведомственное здравоохранение. - М., 2002. - С. 414-416.

2. Шаппо В.В. Перспективы совершенствования медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации // Военно-мед. журнал. - 2008. - Т. 329, №8. - С. 4-7.

3. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. - М.: Наука, 2006. - 238 с.

4. Денисов М.Н. Врачи первичного звена // Медицинская академия. - №5 (2350).

5. Starfield V. Primary care; balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

6. http://www.infox.ru/authority/defence/2010/10/15/voyennyue_myediki.phtml

7. http://nvo.ng.ru/notes/2007-08-10/8_structure.html

8. <http://voennovosti.ru/2010/08/news-202-html/>

Координаты для связи с авторами: Солохина Людмила Васильевна — профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел.: 8(4212)-30-54-26; Акимов Игорь Вячеславович — заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ.



УДК 613.68(571.64)

В.А. Вагин

РОД ЗАНЯТИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ МОРЯКОВ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Холмская больница ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»,
694620, ул. Шевченко, 6, тел.: (42433)-2-03-01, e-mail: portmed@mail.ru, г. Холмск*

Оценка качества жизни в современной медицине занимает все более прочное место, что отражает увеличение роли пациента в выборе методов диагностики и лечения. Качество жизни, связанное со здоровьем, показывает, как пациент переносит свое заболевание, и влияние заболевания на важнейшие аспекты жизни с его позиций. Оценка, проводимая респондентом, часто расходится с оценкой качества жизни, выполненной врачом, что позволяет составить более полную и объективную картину [3, 5, 7, 10-12].

Исследователи обнаружили заметное влияние принадлежности к социальному классу на степень здоровья (даже больше, чем от дохода). Так было выявлено, что число сердечных приступов с летальным исходом среди английских государственных служащих низшего ранга в 3,6 раза выше, чем среди служащих, занимающих высшие ступени. По мнению ученых, это объясняется различием в интенсивности курения, уровне артериального давления, сахара и холестерина в крови, отражающем различие образа жизни. Остальная дифференциация обусловлена эмоциональными последствиями разницы в социальном статусе. Для представителей низших социальных слоев присуще гораздо худшее психическое здоровье. Это связано не только с различием в доходах, но и с профессиональными различиями, обусловленными спецификой труда. Рабочим менее свойственно чувство внутреннего контроля, так как из-за характера своей работы они длительно ощущали свою неспособность что-либо контро-

лировать. Тем самым они менее способны преодолевать стресс, сталкиваясь с трудностями и болезнями [1].

В работах по изучению стрессового напряжения моряков было выявлено существенное его отличие до и после рейса. Если до рейса оно выше нормы на 23% (внутреннее напряжение в ожидании рейса), то после — больше на 40%. То есть психическое здоровье работников плавсостава, как и качество жизни, связанное со здоровьем, до выхода в море гораздо лучше [2, 8].

Иногда социальный класс оценивается по размерам дохода, но чаще иначе. Английские ученые используют иерархию профессий, выделяемых по уровню требуемой квалификации. Американские исследователи рассматривают сочетание дохода, уровня образования и рода деятельности. Марксистский подход профессии классифицируется на основе объема реализуемой власти [1].

В настоящем исследовании, как у британских ученых, в качестве характеристики класса выступал род занятий (специалисты и рабочие).

Целью исследования было выявление различий в качестве жизни, связанного со здоровьем, у прошедших профессиональный отбор работников плавсостава Сахалинской области в зависимости от рода деятельности за период 2009-2010 гг.

Материалы и методы

В рамках медико-социального исследования проведена оценка качества жизни, связанного со здоровьем, 614