

ствие специалистов должно определяться с помощью профессиональных стандартов. Такой подход является основой и для формирования должностных инструкций специалистов, а также перехода к эффективному контракту.

Предлагаемые методологические подходы к аттестации специалистов в перспективе в соответствии с п. 3 ст. 69 главы 9323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» можно будет использовать и при аккредитации медицинских работников. Под аккредитацией медицинской организации понимается процедура, в результате которой уполномоченный орган формально признает, что организация, структурные подразделения или отдельные специалисты соответствуют установленным стандартам и являются компетентными для выполнения определенных функций.

Таким образом, руководители медицинских организаций в соответствии с Трудовым кодексом должны разработать и принять локальные нормативные акты, определяющие порядок функционирования учреждения в целом, его отдельных структурных подразделений и рабочих мест специалистов, закрепляющие основные права и обязанности медицинских работников, в т. ч. вопросы их аттестации. Отделу кадров медицинских организаций необходимо учитывать данные рекомендации при работе с персоналом, в том числе при составлении должностных инструкций. А экспертам аттестационных комиссий можно рекомендовать при оценке на соответствие специалиста той или иной квалификационной категории использовать методологию данного подхода. Данный подход в перспективе с 2016 года может явиться основой для перехода к аккредитации медицинских работников.

Литература

1. Кадры здравоохранения: Информационный бюллетень ВОЗ, сентябрь 2010 г. Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/en/component/attachments/download/65.html> (дата обращения 12.02.2014).
2. Кораблев В.Н. Теоретико-методологические основы формирования конкурентной среды в здравоохранении Дальнего Востока России // Приоритетные направления развития здравоохранения Дальнего Вос-

тока и Байкальского региона: проблемы и перспективы: сборник научных трудов Межрегиональной научно-практической конференции. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2013. – С. 135.

3. Юридический энциклопедический словарь. – М.: Сов. Энцикл., 1984. – С. 26.

Literature

1. Health care personnel: WHO Information Bulletin, September. – 2010. – Access mode: <http://whodc.mednet.ru/en/component/attachments/download/65.html> (accessed date 12.02.2014).
2. Korablev V.N. Theoretical and methodological grounds for the formation of competitive environment in public health system of the Russian Far East // Promising

directions for the development of public health system of the Far East and Baikal region: problems and prospects: collection of research papers of the Interregional scientific-practical conference. – Yakutsk: NEFU Publishing house, 2013 – P. 135.

3. Encyclopedic dictionary of law. – M.: Sov. Encycl., 1984. – P. 26.

Координаты для связи с авторами: Бурышкова Наталья Николаевна – старший преподаватель кафедры экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-31-39-57; Кораблев Владимир Николаевич – д-р мед. наук, канд. экон. наук, профессор, заведующий кафедрой экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. +7-914-197-20-83, e-mail: korablevvn@gmail.com.



УДК 614.23(*071):[61:304.3](571.6).001.8

А.Л. Дорофеев, С.П. Павлова, Т.В. Могила, А.Л. Югай, В.В. Дубинина, Е.В. Прохорев

ЗНАЧЕНИЕ АВТОРИТЕТА И ЛИЧНОГО ПРИМЕРА ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

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

Резюме

Борьба за улучшение показателей здоровья россиян, в первую очередь, должна реализовываться профилактическими методами. Приобщение населения к здоровому образу жизни, как внутренней потребности, должно осуществляться постоянно и повсеместно. Без сомнения, медицинские работники должны грамотно, рационально

и доходчиво объяснять сегодняшним и будущим пациентам основы ответственного отношения к своему здоровью. При этом врачи, провизоры и средние медицинские работники должны быть не только обучены по проблеме, но и сами, прежде всего, являться примером здоровьесберегающего поведения.

Однако врачи, которые являются наглядным примером профилактической кампании, уделяют мало времени и усилий на сохранение собственного здоровья. Его показатели, продолжительность жизни медицинских работников отличаются от среднестатистических в худшую сторону.

Авторитет врача, личный пример и доверительные отношения между ним и пациентом повышают эффективность формирования навыков здорового образа жизни, профилактики и реабилитации заболеваний.

Поэтому, на наш взгляд, одним из направлений профессиональной подготовки врачей должно стать формирование установок на здоровый образ жизни, повышение рейтинга здоровья в системе ценностей, обучение оценке его качества и количества.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, медицинские работники, табакокурение, употребление алкоголя, мотивация к оздоровлению, состояние здоровья.

A. L. Dorofeev, S. P. Pavlova, T. V. Mogila, A. L. Yugay, V. V. Dubinina, E. V. Prokhorets

DOCTOR'S AUTHORITY AND PERSONAL PATTERN BEHAVIOUR AS FACTORS INFLUENCING HEALTHY LIFE STYLE OF POPULATION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Health indexes improvement of the Russian Federation population is to be achieved by implementing prevention programs. Healthy life style as a vital necessity must be formed constantly everywhere. Healthcare providers have to explain rationally, accurately and correctly the responsibility of to-day and future patients for their health. At the same time, pharmacists and physicians as well as nurses have to be trained in such services provision but they also have to show healthy life style behavioral patterns.

Unfortunately, many doctors participating in prevention campaigns pay little attention and efforts to their own health. Its indicators, an average life span of healthcare workers differ from the average demographic statistics. They are worse.

Doctor's authority and a personal behavioral pattern, confidentiality and trust between a physician and a patient raises efficacy of motivation for a healthy life style, diseases prevention and rehabilitation.

From the authors's point of view, one of the most important medical professional training aspects must be formation of motivations for a healthy life style, making health a human values priority. Doctors have also to be trained to understand how to evaluate health quality and quantity, its provision technologies, taking into consideration doctors' own health.

Key words: healthy life style, healthcare workers, smoking, alcohol abuse, motivation, health indexes.

В соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года планируется сформировать приоритет здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества.

Мероприятия по совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, по борьбе с вредными привычками, профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний являются повседневной, рутинной практикой медицинского сообщества.

Приобщение россиян к здоровому образу жизни, как внутренней потребности, должно осуществляться постоянно и повсеместно. При этом медицинские работники должны быть не только обучены по проблеме, но и сами, прежде всего, являться примером здоровьесберегающего поведения. Необходимо понимать, что формирование оптимальной медицинской инфраструктуры невозможно без достаточного количества врачей и среднего медицинского персонала. Этому будет способствовать осознание ценности здоровья и здорового образа жизни, здорового питания, формирование индивидуальной концепции оздоровления, снижение уровня заболеваемости, профилактика эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности [7]. При наличии хронического заболевания часто врач ведет себя как недисциплинированный пациент [8].

Однако, как показывают данные исследований, медицинские работники (в том числе студенты-медики),

несмотря на свою профессиональную деятельность в области охраны здоровья граждан, уделяют мало времени и усилий на сохранение собственного здоровья, а за последние 8-10 лет среди молодежи практически не отмечается положительных сдвигов в психологических установках и поведении в сторону оздоровления имеющегося образа жизни [2, 5, 9].

Исследования условий труда врачей и их здоровья позволили установить, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму, его физическому состоянию и выносливости, объему оперативной и долговременной памяти, способности противостоять основным вредным профессиональным факторам: биологическим, психоэмоциональным и эргономическим [3, 4, 9].

Алкогольная зависимость во всех ее социальных, экономических и медицинских аспектах давно является одной из самых серьезных проблем общества и здравоохранения. Многие исследователи относят профессию врача к факторам повышенного риска злоупотребления алкоголем [10]. Социальная и психологическая дезадаптация является базой для формирования тяжелой зависимости [12]. Около 30% взрослого населения употребляют алкоголь при психоэмоциональном напряжении, около 20% – при плохом настроении, при этом 89% понимают, что алкоголь разрушает здоровье [6].

Среди медработников наиболее неблагоприятные показатели здоровья имеют врачи, причем уровень их

заболеваемости значительно выше, чем у работников других отраслей народного хозяйства, в том числе и у медицинских работников в целом [1].

Поэтому вопросы укрепления и сохранения здоровья врачей приобретают особую актуальность. В этом плане важно знать не только показатели заболеваемости, но и объективные причины, на них влияющие.

Материалы и методы

С целью изучения отношения дальневосточников к своему здоровью и выполнению рекомендаций по здоровому образу жизни проведено анонимное анкетирование жителей ряда населенных пунктов Дальневосточного Федерального округа (ДФО), том числе, врачей, чтобы, на основе анализа полученной информации, оценить отношение опрошенных к своему здоровью, намерение предпринять усилия для изменения образа жизни с целью оздоровления, укрепления и сохранения здоровья и продления активного творческого долголетия. Анонимное анкетирование проводилось методом случайной выборки в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края, Магаданской области, Камчатского края, Сахалинской области в 2011 и 2012 годах. Анкета содержала 34 вопроса и включала следующие разделы: факторы риска неинфекционных заболеваний, отношение к курению, к употреблению алкогольсодержащих напитков и алкоголя, здоровому питанию, здоровому образу жизни, к врачебным рекомендациям и факторам, влияющих на их выполнение. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале – наличие/отсутствие признака, определяли частоту выявления показателя в процентах. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью критерия χ^2 (число степеней свободы – 1, критическое значение критерия χ^2 3,84, что соответствует уровню значимости $p=0,05$).

В анкетировании приняли участие 691 человек, из них 133 (19,25%) медицинские работники (группа 1) и 558 (80,75%) – лица других профессий (группа 2). В первой группе было 90 (67,67%) женщин и 43 (32,33%) мужчины, во второй – 292 (52,33%) и 266 (47,67%) соответственно.

Основная масса респондентов находится в наиболее социально активном возрасте, когда строят грандиозные планы в отношении карьеры, семейной жизни, реализуются профессиональные задачи, пожинаются плоды своей работы, что предполагает сохранение активного долголетия.

Проведенное анкетирование позволило изучить отношение респондентов к своему здоровью, мотивацию к профилактике основных заболеваний. В свете реализации концепции развития здравоохранения до 2020 года и федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» мы оценили распространенность некоторых вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя).

Среди опрошенных сообщили о пристрастии к курению 48 врачей (36,1±4,16%) и 238 лиц других профессий (42,65±2,09%). Вместе с тем, в общей группе 12,5% опрошенных сообщили, что они отказались от

курения, среди медицинских работников таковых оказалось 13,53±2,97%, в другой группе 12,18±1,38%. Единственным поводом отказа от этой зависимости среди врачей был осознанный вред здоровью. Для респондентов другой группы основным фактором, который мог оказать влияние на отказ от курения, был вред для здоровья (70,07±1,38%), далее следует – негативное отношение окружающих (22,22±1,76%), отсутствие финансовых средств (7,70±1,12%).

Таким образом, на принятие решения об отказе от курения среди врачей оказали следующие факторы: большая осведомленность о пагубных последствиях воздействия табачного дыма, с которыми сталкиваются представители всех медицинских специальностей, а также, по-видимому, сложность технологического процесса, не позволяющего делать перерывы для курения. Положительным моментом является влияние окружающих на решение об отказе от курения, как показатель формирования все более выраженного негативного отношения к курению в обществе в целом, но, к сожалению, не в профессиональной медицинской среде.

Употребление пива было достоверно чаще отмечено во второй группе респондентов (21,15±1,73%; $p=0,023$), на ежедневное употребление пива указали 23 человека (4,12%; $p=0,232$). Использование крепких алкогольных напитков врачами отмечено в 60 анкетах (45,11±4,31%; $p=0,037$), 13,53% ($p=0,003$) – употребляют ежедневно, что значительно выше, чем у лиц других профессий.

Таким образом, врачи в меньшей степени склонны к употреблению слабоалкогольных напитков, распитие которых предполагает длительное, неспешное получение «удовольствия», причем весьма сомнительного, а предпочитают крепкие напитки с быстрым достижением релаксирующего эффекта. Вероятно, это объясняется тем, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к способности противостоять основным вредным профессиональным факторам, прежде всего, психологическим. Кроме того, в России употребление алкоголя – это не только личные пристрастия, (образ жизни), но и обусловленное традициями, подчас зависимое от мнения и отношения окружающих, поведение.

На категорический отказ от употребления алкоголя в любых его формах указало 7,52% врачей и 16,31% ($p=0,015$) лиц других профессий. Основной причиной для отказа послужил реальный и потенциальный значимый вред для здоровья для 100% врачей и 85,66±1,48% лиц из второй группы, среди других причин в этой же группе отмечено негативное отношение близких и коллег (11,64±1,35%), отсутствие средств (14,51±1,49%). К сожалению, мнение окружающих в принятии решения об отказе от алкоголя для врачей не являлось значимым.

Мотивацию к контролю над основными показателями своего здоровья имели не более половины анкетированных, в том числе и в медицинской среде. Как видно из таблицы 1, наиболее популярными элементами диспансерного наблюдения являются ФГОК (63,91±4,16%; 61,11±3,57%; $p=0,619$), контроль за показателями артериального давления (59,40±4,26%;

51,61±3,66%; $p=0,128$) и массы тела (60,15±4,25%; 42,65±3,65%; $p=0,001$). Каждая вторая женщина регулярно посещает акушера-гинеколога (52,22±5,27%; 52,40±2,92%; $p=0,089$), и только каждый третий мужчина заходит на прием к урологу (27,91±6,84%; 26,69±2,71%; $p=0,302$). Контроль за массой тела и артериальным давлением, который производится самостоятельно, не требует обращения в лечебное учреждение, и обусловлен, прежде всего, ответственным отношением к своему здоровью. Все остальные показатели контролируются, как правило, по направлению лечащего врача.

Таблица 1

Частота выполнения некоторых элементов диспансерного наблюдения и отношение пациентов к выявленным заболеваниям

Показатели	Группа 1		Группа 2		χ^2 тест, р
	абс.	%	абс.	%	
АД	79	59,40±4,26	288	51,61±3,66	0,128
Вес	80	60,15±4,25	238	42,65±3,63	0,001
Общий анализ крови, мочи	52	39,15±4,23	181	32,44±3,43	0,174
Глюкоза	37	27,82±3,89	141	25,27±3,19	0,621
Холестерин	42	31,58±4,03	130	23,30±3,10	0,610
ЭКГ	44	33,08±4,08	186	33,33±3,46	0,962
ФГОГК	85	63,91±4,16	341	61,11±3,57	0,619
Окулист	51	38,35±4,22	208	37,28±3,55	0,897
Гинеколог (ж), $n=90/292$	47	52,22±5,27	153	52,40±2,92	0,089
Уролог (м), $n=43/266$	12	27,91±6,84	71	26,69±2,71	0,302
Вопросы анкеты:	Абс.	%	Абс.	%	
«Имею заболевания, но в лечении не нуждаюсь»	22	16,54±3,22	76	13,62±2,97	0,466
«Имею заболевания, лечение только при ухудшении самочувствия»	53	39,85±4,25	172	30,82±4,00	0,058
«Имею заболевания, нуждаюсь в лечении, но не имею возможности получить его»	7	5,26±1,94	47	8,42±2,41	0,298
«Имею заболевание, регулярно наблюдаюсь у врача, получаю лечение»	23	17,29±3,28	110	19,71±3,45	0,607

Примечание. Критическое значение критерия $\chi^2 - 3,84$, что соответствует уровню значимости $p=0,05$.

Самооценка здоровья и его место в системе жизненных ценностей являются одними из существующих показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью. У значительной части населения идёт эксплуатация наиболее доступного ресурса – здоровья. Посылы получить образование, профессию, обеспечить материальный достаток гораздо выше, чем желание сохранять и улучшать своё здоровье, т.е. здоровье рассматривается как инструментальная ценность, способствующая достижению жизненных целей, нежели как ценность, способствующая долголетию и полноценной жизни.

Здоровыми, по данным проведенного нами опроса, считают себя не более 21,8±3,58% врачей и 27,24±3,86% лиц других специальностей, не нуждаются в лечении своих заболеваний 16,54±3,22% и 13,62±2,7% респондентов. Получают лечение только при ухудшении самочувствия и обострении хрониче-

ских заболеваний 39,85±4,25% медицинских работников и 30,82±4,00% представителей других профессий, не имеют возможности получить необходимое лечение 5,26±1,94% в первой группе и 8,42±2,41% – во второй, регулярно наблюдаются у врача и получают лечение по поводу заболеваний 17,29±3,28% и 19,71±3,45% соответственно.

Таким образом, статистически достоверных различий к подходам по сохранению здоровья среди врачей и лиц других специальностей выявлено не было.

В результате анализа данных артериального давления было отмечено, что количество лиц с пониженным давлением 15,79±3,16% и 14,7±1,50%. Высокое нормальное давление реже встречалось во врачебной аудитории (6,02±2,06%; $p=0,013$). Во второй группе выявлено большее количество лиц с артериальным давлением более 140/90 мм рт. ст. (27,42±1,89%; $p=0,034$), но при детальном анализе отмечено, что достоверные отличия регистрируются только среди лиц с систолическим артериальным давлением 141–149 мм рт. ст. (12,9±1,42%; $p=0,037$). В остальных подгруппах статистически достоверных различий выявлено не было.

Как показали результаты опроса, большинство респондентов достаточно редко контактируют со своими лечащими врачами. Так, только с профилактической целью более или менее регулярно посещают лечебные учреждения 16,54±3,22% ($p=0,041$) врачей и 9,86±2,59% процентов лиц других профессий, периодически посещают врача с профилактической целью – 12,03±2,82% ($p=0,255$) врачей и 16,49±3,22% не врачей, только при заболевании – 36,09±4,16% ($p=0,2$) респондентов первой группы и 42,65±4,29% – второй. Если превентивная консультация с врачом – явление пока достаточно редкое в нашем обществе, то низкая обращаемость в лечебные учреждения лиц с заболеваниями вызывает недоумение.

В качестве причин отсутствия необходимого контроля за состоянием своего здоровья опрошенные указали несколько причин. Около 30% опрошенных отметили, что невозможно попасть на прием (первая группа 29,32±3,95%, вторая – 28,85±3,93%; $p=0,99$). Не доверяют своим лечащим врачам 29 человек (2,26±1,29% и 4,62±4,07% соответственно; $p=0,316$). Лица немедицинских специальностей чаще не видят необходимости посещения врача (33,87±4,1%; $p=0,003$), а врачи – чаще решают проблемы самостоятельно (48,12±4,33%; $p=0,001$).

К сожалению, проблемы в организации оказания медицинской помощи, особенно первичного звена (невозможность попасть на прием), треть анкетированных лишают возможности получения своевременной диагностики и лечения, что, безусловно, негативно влияет на показатели состояния здоровья населения России. Самостоятельное решение проблем со здоровьем, широко распространено как среди медицинских работников, так и среди лиц, не имеющих соответствующего образования.

Получения регулярной поддерживающей терапии хронических заболеваний (приверженность к лечению) является основой амбулаторного ведения пациентов. В нашем исследовании 161 человек стараются избе-

гать или не принимают назначенную терапию (23,31% и 23,3%), эпизодически фармакотерапию принимают 54,89±4,31% и 51,08±4,33, только 21,8±3,58% врачей и 25,63±3,79% лиц других специальностей выполняют врачебные рекомендации в объеме фармакотерапии.

Как видно из проведенного исследования, знания врачей о возможностях превентивной медицины далеко не всегда находят отклик в их сердцах и в делах: по большинству изученных показателей различия между группами статистически не достоверны.

Особенность профессиональной деятельности врача заключается в том, что он должен являться не только постоянным пропагандистом здорового образа жизни среди широких масс населения, но и примером здоровьесберегающего поведения. Требовать от пациента выполнения базовых лечебно-профилактических

рекомендаций, при условии игнорирования их врачом, как минимум – неэтично. Авторитет врача и доверительные отношения между ним и пациентом повышают эффективность формирования навыков здорового образа жизни, профилактики и реабилитации заболеваний.

На наш взгляд, важными направлениями профессиональной подготовки врачей должно стать формирование устойчивых навыков здорового образа жизни, повышение рейтинга здоровья в системе ценностей медицинских работников, мотивация к постоянному физическому совершенствованию, обучение оценке качества и количества здоровья, технологиям его обеспечения, включая собственное здоровье, что является необходимым условием успешности и адекватной профессиональной социализации.

Литература

1. Амиров Н.Х., Берхеева З.М., Мазитова Н.Н. Обоснование подходов к реализации корпоративных программ по борьбе с курением на промышленных предприятиях // Материалы IX Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». – Москва, 24-26 ноября 2010 г. – Москва. – 2010. – С. 23-25.

2. Вялов И.С. Особенности формирования и управления самосохранительным поведением студентов (на примере РУДН) автореф. канд. соц. наук. – Москва, 2011. – 15 с.: ил. Режим доступа: <http://www.rad.pfu.edu.ru:8080/tmp/avtoref5541.pdf> (Дата обращения 01.12.2013).

3. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников. – Самара, 1998. – 200 с.

4. Кузнецова В.М., Бак М.Я., Лусе И.Ю., Русакова Н.Е., Спруджа Д.Р. Факторы риска здоровья медицинских работников // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 3. – С. 28-33.

5. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И. Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Избранные лекции для семейных врачей. – 25 июня 2009 г., № 14. Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_6640.htm (Дата обращения 01.12.2013).

6. Минаков С.Н. Медико-социальные аспекты и распространенность алкоголизма среди различных групп населения: автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 23 с.: ил. Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/59707/a?#?page=1> (Дата обращения 01.12.2013).

7. Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики

заболеваний в Дальневосточном государственном медицинском университете на 2013-2017гг. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – № 2. – Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/voz/20132/2013202.aspx> (Дата обращения 01.12.2013).

8. Некраха Т.В. Врач и пациент – два в одном, или врачебное самолечение // Провизор. – 2003. – № 6. Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2003/N6/art_06.php (Дата обращения 01.12.2013).

9. Сафина О.Г. Состояние здоровья психологические состояние здоровья, психологические и деонтологические аспекты деятельности средних медицинских работников: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2007. – 22 с.: ил. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/docreader/25462/a?#?page=1> (Дата обращения 01.12.2013).

10. Сидоров, П.И. Особенности алкоголизации и наркотизации студентов и врачей // Наркология. – 2003. – № 4. – С. 5-18.

11. Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 102-109. – Режим доступа: http://ecsocman.hse.ru/data/671/937/1223/Shilova_16.pdf.

12. Stephanie Lewis Harter, Tracey L. Taylor. Parental Alcoholism, Child Abuse, and Adult Adjustment // Journal of Substance Abuse, Volume 11, Issue 1, January 2000, Pages 31-44. – Режим доступа: http://ac.els-cdn.com/S0899328999000188/1-s2.0-S0899328999000188-main.pdf?_tid=b93aed4-5953-11e3-9275-00000aacb362&acdnt=1385770367_0ab1161673f711fb868533c04b1d2ace (Дата обращения 01.12.2013).

Literature

1. Amirov N.K., Berkheyeva Z.M., Mazitova N.N. Rationale for approaches to realization of corporate programs on smoking cessation in manufacturing companies // Materials of the IX All-Russian «Profession and Health» Congress. – Moscow, November 24-26, 2010. – Moscow, 2010. – P. 23-25.

2. Vyalov I.S. Special aspects of the development and management of self-preservation behavior in students

(with PFUR as an example) synopsis of thesis, Candidate of Social Sciences. – Moscow, 2011 – 15 p. – Access mode: <http://www.rad.pfu.edu.ru:8080/tmp/avtoref5541.pdf> (accessed date 01.12.2013).

3. Kosarev V.V. Occupational diseases of medical personnel. – Samara, 1998. – P. 200.

4. Kuznetsova V.M., Bake M.Y., Lyuse I.Y., Rusakova N.E., Sprudzha D.R. Health risk factors affecting medi-

cal personnel // Occupational medicine and industrial ecology. – 2002. – № 3. – P. 28-33.

5. Levshin V.F., Slepchenko N.I. Smoking among doctors and their willingness to help patients to stop smoking / Clinical recommendations and algorithms for practical doctors. Selected lectures for family doctors. June 25, 2009, No. 14. – Access mode: http://www.rmj.ru/articles_6640.htm (Accessed date 01.12.2013).

6. Minakov S.N. Medico-social aspects and incidence of alcoholism in various population cohorts: synopsis of thesis Candidate of Medical Sciences. – Moscow, 2009. – 23 p. – Access mode: <http://medical-diss.com/docreader/59707/a?#?page=1> (Accessed date 01.12.2013).

7. Molochnyi V.P., Rzyankina M.F. Concept of healthy life style development and prophylaxis of diseases in the Far Eastern State Medical University for the period from 2013 to 2017 // Bulletin of public health and health care of the Russian Far East. – 2013. – № 2. – Access mode: <http://www.fesmu.ru/voz/20132/2013202.aspx> (Accessed date 01.12.2013).

8. Nekrakha N.V. Physician and patient — two-in-one or self-treatment among doctors // The Pharmacist. – 2003. – № 6. – Access mode: http://www.provisor.com.ua/archive/2003/N6/art_06.php (Accessed date 01.12.2013).

9. Saphina O.G. Nursing: health status of workers, psychological and deontological aspects of the profession. synopsis of thesis ... Candidate of Medical Sciences. – Spb, 2007. – P. 22. – Access mode: <http://medical-diss.com/docreader/25462/a?#?page=1> (Accessed date 01.12.2013).

10. Sidorov P.I. Special aspects of increase in alcohol and drug abuse among students and physicians // Narcology. – 2003. – № 4. – P. 5-18.

11. Shilova L.S. On the strategy of human behavior in the conditions of health care reform // Sociological studies. – 2007. – № 9. – P. 102-109. – Access mode: http://ecsocman.hse.ru/data/671/937/1223/Shilova_16.pdf.

12. Stephanie Lewis Harter, Tracey L. Taylor Parental Alcoholism, Child Abuse, and Adult Adjustment // Journal of Substance Abuse. – 2000. – Vol. 11, № 1. – P. 31-44.

Координаты для связи с авторами: *Дорофеев Александр Леонидович* – канд. мед. наук, доцент, декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ, e-mail: fesmu-ovp@yandex.ru; *Павлова Светлана Павловна* – канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ; *Могилы Татьяна Васильевна* – канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ; *Югай Альбина Лаврентьевна* – канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ; *Дубинина Виктория Васильевна* – канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ; *Прохорец Елена Викторовна* – ассистент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлинической терапии ДВГМУ.



УДК 616.31(09)(571.61/.62)

В. В. Гончар¹, П. Э. Ратманов²

ЗУБОВРАЧЕБНЫЕ ПРАКТИКИ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИИ ПОВСЕДНЕВНОСТИ (НАЧАЛО XX В.)

¹Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, 680009, ул. Краснодарская, 9;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Статья посвящена медицинским и социальным аспектам зубоврачебной практики в провинциальной России в начале XX веков. Будучи на стыке ремесленного занятия и врачебного искусства, зубоврачевание хорошо оплачивалось, но было менее престижно, чем медицина. Авторы рассматривают проблему в контексте истории повседневности и показывают, что зубоврачевание, оставаясь долгое время в сфере услуг роскоши, в канун Первой мировой войны становится общественно значимым и доступным. Авторы полагают, что зубоврачевание в начале XX века было ориентировано на лечение заболеваний, а не их профилактику, и поэтому не смогло улучшить стоматологическое здоровье населения.

Ключевые слова: Дальний Восток, зубоврачевание, стоматология, история медицины.