

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.4–089+618.5–089.888

Оригинальная статья

ФУНКЦИОНАЛЬНО-РОЛЕВОЙ СТАТУС ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ПРОЦЕССЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Л. В. Ткаченко — ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей, заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук; **Н. Н. Седова** — ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», заведующая кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор философских наук, доктор юридических наук; **А. А. Шестаков** — МУЗ «Родильный дом №2 г. Ростова-на-Дону», врач акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук; **И. А. Гриценко** — ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, ассистент кафедры акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук.

FUNCTIONAL AND ROLE STATUS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS IN THE PROCESS OF OBSTETRIC CARE

L. V. Tkachenko — Volgograd State Medical University, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology of Faculty of Advanced Training of Physicians, Professor, Doctor of Medical Sciences; **N. N. Sedova** — Volgograd State Medical University, Volgograd Medical Scientific Center, Head of Department of Philosophy, Bioethics and Law with Sociology of Medicine Course, Professor, Doctor of Philosophical Sciences, Doctor of Juridical Sciences; **A. A. Shestakov** — Rostov-on-Don State Medical University, Candidate of Medical Sciences; **I. A. Gritsenko** — Volgograd State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Faculty of Advanced Training of Physicians, Assistant, Candidate of Medical Sciences.

Дата поступления — 20.04.2017 г.

Дата принятия в печать — 12.09.2017 г.

Ткаченко Л. В., Седова Н. Н., Шестаков А. А., Гриценко И. А. Функционально-ролевой статус врачей акушеров-гинекологов в процессе родовспоможения. Саратовский научно-медицинский журнал 2017; 13 (3): 475–480.

Цель: определить отношение врачей акушеров-гинекологов к распределению ролей в процессе родов. **Материал и методы.** Проводилось анкетирование врачей акушеров-гинекологов в Волгоградской и Ростовской областях. Генеральная совокупность составила 1181 человек. Выборка случайная, n=300. **Результаты.** Респонденты признают собственную ответственность в родах в 98%. Акушеры согласны, что женщина является главным действующим лицом в процессе родов, но только 52,7% считают необходимым информировать женщину о принципиальных для нее ситуациях в родах и не доверяют ее способности принимать адекватные решения (52%). **Заключение.** Акушеры считают себя главными актерами процесса родов, хотя не исключают полезности участия других медицинских работников, уважают автономию женщины при принятии решений, но предпочитают более высокий уровень доверия врачу. Применение достижений персонализированной медицины считают необходимым 69,7% респондентов, хотя признают свою недостаточную информированность в этом вопросе.

Ключевые слова: система родовспоможения, врач акушер-гинеколог, акушерка, роженица, модель врачевания, персонализированная медицина.

Tkachenko LV, Sedova NN, Shestakov AA, Gritsenko IA. Functional and role status of obstetricians and gynecologists in the process of obstetric care. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2017; 13 (3): 475–480.

Objective: to determine the ratio of obstetricians and gynecologists roles during childbirth. **Material and Methods.** The questioning of obstetricians and gynecologists in the Volgograd and Rostov region has been conducted. The population was 1181. Sample random N=300. **Results.** Respondents acknowledge their own responsibility in 98%. Midwives agree that a woman is the main actor in the process of childbirth, but just 52,7% consider that it is necessary to inform a woman of principle for her birthing situations and do not trust its ability to make adequate decisions (52%). **Conclusion.** Obstetricians and gynecologists consider themselves the main actors of the process of childbirth, although not rule out the usefulness of the participation of other health professionals, respected the autonomy of women in decision-making, but prefer a higher level of confidence on the doctor. The application of advances personalized medicine is considered necessary for 69.7% of respondents, while recognizing their lack of awareness on this issue.

Key words: delivery system, obstetrician and gynecologist, midwife, mother, model of healing, personalized medicine.

Введение. Эффективность работы системы родовспоможения во многом зависит от межличностных отношений в ней. При этом ведущим компонентом можно считать взаимопонимание между врачом акушером-гинекологом и роженицей. К сожалению, рекомендации по этим вопросам в литературе носят разрозненный характер. Польза применения подобных рекомендаций определяется достоверностью исходных данных, поэтому исследование мнений врачей о ролевых диспозициях агентов родовспоможения представляется необходимым условием повышения качества оказываемой ими помощи. Предпочтения акушеров-гинекологов в процессе родовспоможения обуславливаются не столько ситуацией беременности, сколько ситуацией родов, когда женщина и врач должны действовать как одно целое, а выполнение указаний врача помогает пациентке избежать случайных рисков.

Особую актуальность данная проблема приобретает именно в процессе родов, этому и посвящено наше исследование, целью которого является определение отношения врачей акушеров-гинекологов к распределению ролей в процессе родов.

Материал и методы. Проведено исследование отношения врачей акушеров-гинекологов к распределению социальных ролей в системе родовспоможения с использованием количественных методов социологии медицины. Исследование проводилось в медицинских учреждениях Ростова-на-Дону и Волгограда, $n=300$ (25,42% от генеральной совокупности, что обеспечило достоверность 95%). Анкета, составленная авторами, прошла экспертизу в отделе этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр». Исследование разрешено Региональным исследовательским этическим комитетом Волгоградской области. При составлении анкеты применен нарративный

подход. Смысл его в том, что врач опирается в своих выводах, помимо прочего, на рассказы пациентов об их болезнях, переживаниях по этому поводу. Проанализировано 12 рассказов о родах в Ростове-на-Дону, размещенных пациентками на тематических сайтах в Интернете. После этого проведен герменевтический анализ текста, выявлены основные положения и доминирующие эмоции. Все это позволило обогатить новыми смысловыми сюжетами анкеты для врачей. Результаты, полученные при помощи количественных методов (анкетирование) обобщались при помощи статистической обработки данных с использованием пакета прикладного программного обеспечения Excel. Результаты, полученные при помощи качественных методов (нарративный подход, герменевтический анализ), обобщались на основе соответствующих методов социологии медицины [1].

Результаты. Анкетирование показало, что врачи чаще всего считают свою роль наиболее важной в послеродовом периоде, а роль женщины наиболее важной при родах. В целом роль женщины как ведущая обозначена в наибольшем количестве ответов: 343 из возможных 900 (3 ответа x 300 респондентов); ведущая роль врача — в 294 ответах из возможных 900; ведущая роль акушерки — в 263 ответах из возможных 900 (табл. 1).

Большинство врачей считают, что женщине нужно предоставлять полную информацию о родах; 56 респондентов отметили по два варианта ответов: 1-й и 2-й выбрали 24 респондента; 2-й и 5-й выбрали 14 респондентов; 3-й и 5-й выбрали 18 респондентов (табл. 2).

Большинство респондентов считают, что женщине, находящейся в родах, трудно или невозможно принимать самостоятельные решения (156 ответов). Посчитали женщину, находящуюся в родах, способной принимать решения 12 респондентов (табл. 3).

Таблица 1

Мнение врачей о распределении ролей на трех этапах: предродовом, родовом и послеродовом

Этап	Кому принадлежит главная роль (количество ответов)?					
	Врачу		Акушерке		Женщине	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
При подготовке к родам	98	32,7	111	37	91	30,3
При родах	52	17,3	118	39,3	130	43,3
В послеродовой период	144	48	34	11,3	122	40,7

Таблица 2

Отношение врачей к информированности рожениц (возможны два ответа)

№	Вариант ответа	Количество ответов	
		абс.	%
1	Информирую полностью	96	32,00
2	Информирую о ее действиях	84	28,0
3	Даю только позитивную информацию	47	15,7
4	Информирую только о рисках	27	9,0
5	Объем и содержание информации зависят от личности роженицы	83	27,7
6	Затрудняюсь ответить	19	6,3

Ответственный автор — Ткаченко Людмила Владимировна
Тел.: +79050631072
E-mail: tkachenko.fuv@mail.ru

Формы информированного согласия (ИС), применяемые в медицинских учреждениях, где работают респонденты, удовлетворяют меньше половины из них (136 человек). Наибольшее недовольство вызывает отсутствие в форме ИС перечня обязанностей пациента, этим недовольны почти треть респондентов (табл. 4).

Врачи согласны с тем, что в форму ИС надо включать указание на возможность присутствия мужа в ро-

дильном зале, считая, что этот вопрос должна решать пациентка (179 ответов), но около трети респондентов отметили больше негативных, чем позитивных эффектов партнерских родов (92 ответа) (табл. 5).

Большинство врачей акушеров-гинекологов являются сторонниками патерналистской модели врачевания (136 ответов), хотя более четверти респондентов практикуют коллегиальную модель. Сторонников техницистской модели не выявлено (табл. 6).

Таблица 3

Мнения врачей о способности женщины в родах принимать решения, %

№	Вариант ответа	Количество ответов	
		абс.	%
1	Да, всегда	12	4,0
2	Да, иногда	95	31,7
3	Нет, но бывают исключения	112	37,3
4	Нет, никогда	44	14,7
5	Затрудняюсь ответить	37	12,3

Таблица 4

Мнения врачей акушеров-гинекологов о форме информированного согласия (ИС)

№	Варианты ответа	Количество ответов	
		абс.	%
1	Да, полностью	112	37,3
2	Да, но нуждается в доработке	26	8,7
3	Скорее не удовлетворяет — не указан объем информации, которую должен предоставить врач	50	16,6
4	Не удовлетворяет — не прописаны обязанности пациентки	98	32,7
5	Совсем не удовлетворяет	3	1,0
6	Затрудняюсь ответить	11	3,7

Таблица 5

Отношение врачей акушеров-гинекологов к партнерским родам

№	Варианты ответов	Количество ответов	
		абс.	%
1	Присутствие мужа помогает врачу и акушерке	3	1,0
2	Присутствие мужа помогает женщине	6	2,0
3	Присутствие мужа повышает его ответственность за ребенка	12	4,0
4	Присутствие мужа, скорее, мешает врачу и акушерке	23	7,7
5	Присутствие мужа снижает активность женщины в родах	17	5,7
6	Категорически против партнерских родов	52	17,3
7	Это зависит от желания женщины	179	59,6
8	Затрудняюсь ответить	8	2,7

Таблица 6

Предпочтения врачей акушеров-гинекологов в выборе модели взаимоотношений с пациентками

№	Варианты ответа	Количество ответов	
		абс.	%
1	Патерналистская	136	45,3

№	Варианты ответа	Количество ответов	
		абс.	%
2	Коллегиальная	78	26
3	Контрактная	56	18,7
4	Техницистская	0	0
5	Зависит от личности пациентки	22	7,3
6	Затрудняюсь ответить	8	2,7

Обсуждение. На трех этапах (подготовка к родам, роды и послеродовой) респонденты (акушеры-гинекологи) посчитали себя ответственными в 294 случаях; женщину в 343 случаях; акушерку в 263 случаях (см. табл. 1). Но активное участие женщины в родах под руководством врача может быть обеспечено только в том случае, если она хорошо представляет себе ситуацию и знает, что нужно делать. Поэтому информированность пациенток является принципиально важным этапом всего родового цикла. Но врач может выбрать две стратегии.

Первая — «мягкий» патернализм в сочетании с коллегиальностью, т.е. полная и убедительная информация женщины о том, что ей предстоит и как она должна себя вести, чтобы помочь ребенку родиться здоровым [2]. Такая стратегия представляется необходимой не только потому, что женщина осознанно ведет себя в родах, а врач ей помогает, т.е. они действуют на основе взаимопонимания. Тщательное информирование женщины имеет еще один смысл. Дело в том, что современный «информационный шум», создаваемый разными источниками информации, во многом дезориентирует рожениц. Они ищут сведения о процессе родов в Интернете, расспрашивают рожавших знакомых, родных, а чаще всего собственную мать, позитивно реагируют на непроверенную информацию. В результате у первородящих не вырабатывается четкого представления о стратегии поведения в родах, и задача врача помочь женщине отбросить лишнюю и/или ложную информацию, представить внутреннюю логику собственных действий.

Вторая стратегия, к которой может прибегнуть акушер-гинеколог при подготовке женщины к родам, — «жесткий» патернализм [3, 4]. При этом формулируется одно требование к роженице: неукоснительно слушаться указаний врача. Преимуществом данной стратегии для акушера-гинеколога очевидны: он ведет роды, отвечает за каждый момент, единолично принимает решения, поэтому полное подчинение женщины гарантирует исполнение этих решений. Для женщины вроде бы такая ситуация тоже удобна: не надо ни о чем думать, только делать, что скажет врач, да и ответственность за исход родов целиком будет лежать на нем. Но есть два возражения против такой стратегии. Во-первых, неэтично использовать роженицу как инструмент, средство, а именно такой представляется ее роль в данной ситуации. Во-вторых, врач не может достоверно знать, что чувствует женщина в тот или иной момент, какие сигналы посылает ей ее организм и как она рационализировать эти сигналы. Обе эти стратегии содержат несколько тактических вариантов, выбор которых зависит от характера, опыта, знаний врача [5].

По полученным данным, треть (32%) врачей акушеров-гинекологов предпочитают полностью инфор-

мировать роженицу о процессе родов и ее участии в нем. Немногим более половины респондентов (52,7%) считают необходимым достаточно полно информировать женщину, но не о родах как целостном процессе, а о тех моментах, которые считают принципиально важными для нее. Ровно треть акушеров (33,3%) ведут себя в зависимости от сложившейся акушерской ситуации. Поскольку респонденты могли отметить несколько вариантов ответа, мы обратили внимание, что 16% врачей, считающих, что объем и содержание информации зависят от личности пациентки, все-таки предпочитают информировать ее о рисках. Два ответа выбрали 8,3% респондентов: информацию о действиях и только позитивную информацию. А 13,7% тех, кто дает полную информацию, также выбрали вариант позитивного информирования. Следовательно, врачи занимают довольно сдержанную позицию в отношении предоставляемой пациентке информации. Но возможно, они полагают, что она просто не сможет ею воспользоваться?

Примечательно, что негативные ответы давали преимущественно молодые врачи, их коллеги с большим стажем были более сдержанными и больше доверяли роженицам. Но в целом врачи акушеры-гинекологи, считая, что женщина является главным действующим лицом в процессе родов, все же не склонны доверять ее способности принимать адекватные решения, как уже отмечалось (52%). Видимо, поэтому они и проявили некоторый скептицизм в вопросе о предоставлении пациентке максимально полной информации о предстоящем процессе. Вместе с тем неудовлетворенность по поводу того, что до настоящего времени нет обучающей и правовой установки врачам об объеме информации, которую они должны предоставить пациенткам, высказали всего 16,6% респондентов.

Несомненно, большую роль во взаимоотношениях врача и пациентки играет процедура оформления информированного согласия (ИС) [6; 7]. Большинство врачей выразили удовлетворение имеющейся формой ИС, но это большинство составляет чуть больше трети респондентов (37,3%), почти столько же (32,7%) не удовлетворены имеющимся документом потому, что в нем не прописаны обязанности пациентки. Это особенно беспокоит врачей в тех случаях, когда женщина демонстрирует некомплаентное поведение. Сразу укажем, что недовольство по этому поводу выразили как раз те врачи, которые считают, что исход родов зависит прежде всего от женщины.

Как видно из ответов респондентов, наиболее важным этапом получения информированного согласия является содержание информации, предоставляемой женщине врачом. Особенностью этого процесса в акушерско-гинекологической практике является то, что каждый информационный блок завершается определенными рекомендациями. Если

врач их не дает, это может вызвать у женщины дезориентацию в собственных проблемах, что крайне нежелательно для беременных и рожениц. Если же врач дает рекомендации, то женщина может их выполнить, а может и не выполнить. В последнем случае она либо не подпишет информированное согласие, либо в последующем проявит некомплаентность. Поведение и настроение женщины во многом будут зависеть от характера и содержания рекомендаций, поэтому мы поинтересовались, что именно респонденты рекомендуют своим пациенткам для подготовки к родам. Поскольку респонденты могли отметить несколько пунктов в вариантах ответа, итог был подведен в рейтинговой форме. Можно типологизировать ответы респондентов следующим образом: 1) стандартные рекомендации, не требующие от врача лишних усилий по их разъяснению или учета конкретной ситуации (минимальное информационное обеспечение), — 3,6 балла; 2) сугубо индивидуальный подход к женщине, учет ее личной ситуации и стремление к тому, чтобы она понимала те рекомендации, которые дает врач, — 1,2 балла; 3) предоставление полной автономии пациентке, граничащее с равнодушием к ее жизненной ситуации, — 1 балл.

Как видим, большинство респондентов стараются придерживаться стандартов и не проявлять личной инициативы в формулировке рекомендаций, причем скрытый или явный патернализм присутствует в 1-м и 2-м вариантах, очевидная коллегиальность — в 3-м.

Мнения о субъектах-участниках родовспоможения и их роли в этом процессе разделились. Немногим больше трети респондентов (34%) с уважением относятся к работе акушерки, но считают, что она должна строго выполнять указания врача, а 30,3% всегда ведут роды самостоятельно, без участия акушерки. Возможно, поэтому большинство врачей акушеров-гинекологов (67,3%) полагают, что акушеркам не нужно предоставлять большую самостоятельность в ведении родов, чем это предусмотрено современными стандартами. Хотя только 6% опрошенных посчитали одной из причин травм новорожденных низкую квалификацию акушерок. Данные анализа соответствуют и ранее проведенным исследованиям [8].

Вообще же мнения по поводу осложнений в процессе родовспоможения разделились, причем ответили на данный вопрос далеко не все, а только 66,5% респондентов.

Если типологизировать отмеченные причины осложнений в процессе родовспоможения и травм новорожденных, то можно выделить пять групп мнений: вина медицинского персонала роддома (37,6%); недостаточное лекарственно-техническое оснащение клиники (7,9%); особенности течения беременности и поведение женщины в родах (30,6%); недостатки в ведении беременности в женской консультации (12,6%); комплекс разных индивидуальных причин (14,3%). Впрочем, таково субъективное мнение опрошенных врачей акушеров-гинекологов, которое не подтверждается данными медицинской статистики. Так, в период, когда проводилось исследование, медицинская статистика давала 1,4% случаев осложнений при родах по вине медперсонала именно в тех учреждениях, где проходил опрос врачей. Таким образом, вполне очевидно, насколько требовательны к себе врачи акушеры-гинекологи и как переживают любую неудачу, часто относя ее на свой счет без достаточных оснований [9, с. 93–108; 10].

То, что врачи акушеры-гинекологи надеются прежде всего на себя в сложном и многоплановом процессе родовспоможения, подтверждается их отношением к другим его участникам, в частности к присутствию в родильном зале мужа роженицы. Отношение данных специалистов к партнерским родам изучалось А. В. Деларю и Л. В. Ткаченко [11, 12], которые пришли к выводу, что «акушеры-гинекологи, особенно проработавшие по специальности 10 лет и более, неоднозначно, скептически-настороженно относятся к партнерским родам; при этом у 11,1–23,8% специалистов отмечаются несформировавшиеся представления относительно многих этико-правовых аспектов подобных родов» [11, с. 29–30]. В проведенном исследовании получен аналогичный результат.

Если типологизировать ответы респондентов, то можно выделить три группы: сторонников партнерских родов; противников партнерских родов; устранившихся от решения проблемы (возложивших ответственность за выбор этого вида родов на пациентку). Таким образом, подтверждается установка на то, что женщина является центральной фигурой процесса родовспоможения, но профессиональная ответственность за успех родов лежит на враче акушере-гинекологе.

В связи с этим особенно важной представляется проблема оптимизации взаимоотношений врача акушера-гинеколога и пациентки, поэтому мы выяснили, сторонниками какой модели врачевания являются наши респонденты, что является маркером отношения к манипуляциям, которые должен производить врач, его ориентации на ценности пациента, на минимализацию рисков, применение новых технологий в акушерско-гинекологической практике. Как известно, выделяют 4 модели врачевания [13, 14].

В западной медицине оптимальной считается коллегиальная модель, очень широко распространена и техницистская, что соответствует организационным особенностям систем здравоохранения развитых западных стран и господствующей модели либеральных ценностей. Однако это не соответствует российской специфике, как показало наше исследование. Так, в выборке не оказалось сторонников техницистской модели (0%), что неудивительно, если учесть уровень оснащенности медицинских учреждений. Только перинатальные центры могут позволить себе применение техницистской модели. Но причина ее непопулярности у российских врачей акушеров-гинекологов состоит не в отсутствии или недостатке инновационных технологий, а в содержании деятельности. Появление на свет нового человека — глубоко гуманистический акт, и цель профессионала — использовать все имеющиеся в его распоряжении возможности во благо новорожденного и его мамы. Техницистская модель не подразумевает эмоциональных компонентов в качестве своих составляющих, поэтому акушеры-гинекологи и не стремятся ее применять. Исключения составляют критические ситуации, когда жизнь и здоровье матери и плода зависят от эффективности применяемых методов и качества медицинской техники. Но и здесь личный контакт с роженицей врачи оценивают как необходимое условие успешности процедуры родовспоможения.

Больше всего сторонников у патерналистской модели врачевания в родовспоможении (45,3%). Очевидно, опыт респондентов, а среди сторонников патерналистской модели в основном стажированные врачи, показывает, что наиболее успешным бывает

такое взаимодействие, когда женщина четко выполняет рекомендации врача.

Достаточно большой процент сторонников набрала и коллегиальная модель. Это в основном молодые врачи, которые пока не могут сделать достоверного вывода из личного опыта о применимости той или иной модели, и ориентируются на новейшие тенденции, описанные в литературе. В то же время применение данной модели требует определенного клинического опыта и хорошей биоэтической подготовки, чего молодым врачам часто недостает.

Разновозрастную группу составили респонденты, выбравшие в качестве приоритетной контрактную модель врачевания в акушерско-гинекологической практике (18,7%). Общим для данной группы является совмещение работы в государственном медицинском учреждении и в частной клинике. Очевидно, что нормативы частной медицинской практики предусматривают обязательное заключение договора с пациентом, а не просто получение информированного согласия, поэтому здесь тоже сказался опыт работы в определенных условиях.

Заключение. Врачи акушеры-гинекологи считают себя главными акторами процесса родовспоможения, хотя не исключают полезности участия других медицинских работников. Они придерживаются современных установок на процесс родовспоможения, уважают автономию женщины при принятии решений, но предпочитают более высокий уровень доверия врачу и комплаентности. Общая позиция врачей может быть охарактеризована как установка на применение в акушерско-гинекологической практике достижений персонализированной медицины. Среди респондентов 69,7% считают такое применение необходимым и, более того, уже имеющим место. Именно в контексте персонализированной медицины удастся гармонизировать преимущества роли врача и роли женщины-пациентки в процессе родов.

В акушерстве и гинекологии ни одна модель врачевания не может существовать «в чистом виде». Само получение информированного согласия содержит элементы контрактной модели, работа в условиях высокотехнологичного центра медицинской помощи неизбежно включает элементы модели техницистской, а сам процесс ведения пациентки врачом акушером-гинекологом содержит компоненты коллегиальности и патернализма. Поэтому врачи применяют на практике все указанные модели, но по-разному оценивают их эффективность, что, собственно, и нужно было установить в нашем опросе.

Можно рекомендовать расширить применение методов персонализированной медицины в родовспоможении, но не интерпретируя ее в узком фармакогенетическом смысле, а внеся психолого-социальные компоненты, включающие межличностную интеракцию врача и пациентки.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, утверждение рукописи для публикации — Л.В. Ткаченко, Н.Н. Седова; получение

данных, интерпретация результатов, написание статьи — А.А. Шестаков, И.А. Гриценко, Л.В. Ткаченко, Н.Н. Седова.

References (Литература)

1. Sedova NN, Nawrockiy BA, Volchanskiy ME, et al. Theory and practice of applying quantitative methods of sociology in medicine. *Medical News of the North Caucasus* 2015; (4): 686–702. Russian (Седова Н.Н., Навроцкий Б.А., Волчанский М.Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2015; (4): 686–702).
2. Grigoryan VA, Kostenko OV, Guba TI. Ethical relationship problems "doctor — patient" and "doctor — doctor" in obstetric practice. *Bioethics* 2011; (2): 35–36. Russian (Григорян В.А., Костенко О.В., Губа Т.И. Этические проблемы взаимоотношений «врач — пациент» и «врач — врач» в акушерско-гинекологической практике. *Биоэтика* 2011; (2): 35–36).
3. Medvedeva LM, Chebotareva OA, Prize EV. Of the Cultural determinants of relationship models doctor and patient (on the example of paternalism). *Bioethics* 2010; (2): 22–24. Russian (Медведева Л.М., Чеботарева О.А., Приз Е.В. Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента (на примере патернализма). *Биоэтика* 2010; (2): 22–24).
4. Gushin AV, Solopov MM. Dynamics the relationship doctor-patient relationship in modern socio-economic conditions. *Bioethics* 2011; (2): 30–32. Russian (Гущин А.В., Солопов М.М. Динамика развития отношений врача и пациента в современных социально-экономических условиях. *Биоэтика* 2011; (2): 30–32).
5. Medvedeva LM, Veshneva SA. Informed consent as the realization of the rights of the patient: retrospective issue. *Bioethics* 2012; (1): 22–24. Russian (Медведева Л.М., Вешнева С.А. Информированное согласие как реализация прав пациента: ретроспектива проблемы. *Биоэтика* 2012; (1): 22–24).
6. Sedova NN, Solomatina EV. Legal concept of informed consent: gains and losses. *Medical law* 2015; (2): 19–23. Russian (Седова Н.Н., Соломатина Е.В. Правовая концепция информированного согласия: достижения и потери. *Медицинское право* 2015; (2): 19–23).
7. Tkachenko LV, Generalova GE. Analysis of professional activities for midwives in the Volgograd region and ways to improve health care for women. *Vestnik VolgGMU* 2006; (5): 32–35. Russian (Ткаченко Л.В., Генералова Г.Е. Анализ профессиональной деятельности акушерок Волгоградской области и пути совершенствования медицинской помощи женщинам. *Вестник ВолГМУ* 2006; (5): 32–35).
8. Sedova NN. *Bioethics*. М.: KnoRus, 2016; 234 p. Russian (Седова Н.Н. *Биоэтика*. М.: KnoPyc, 2016; 234 с.).
9. Shipunov DA, Maltseva NL, Shestakov AA. Dichotomy clinical and ethical decisions in medicine. *Bioethics* 2015; (1): 38–40. Russian (Шипунов Д.А., Мальцева Н.Л., Шестаков А.А. Дихотомия клинических и этических решений в медицине. *Биоэтика* 2015; (1): 38–40).
10. Tkachenko LV, Delaru AV. Attitude Ob/Gyns to practice partner (family) (according to the data of sociological research). *Journal of the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists* 2006; (4): 29–31. Russian (Ткаченко Л.В., Деларю А.В. Отношение акушеров-гинекологов к практике партнерских (семейных) родов (по данным социологического исследования). *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов* 2006; (4): 29–31).
11. Robert M. Veatch. *Patient-Physician Relation*. Pt. 2: *The Patient as Partner*. Bloomington, IN, United States: Indiana University Press, 1991; 322 p.
12. Moiseeva ON. Roundtable "doctor — patient — society: model and reality". *Bioethics* 2013; 1 (11): 61–63. Russian (Моисеева О.Н. Круглый стол «Врач — пациент — общество: модель и реальность» *Биоэтика* 2013; 1 (11): 61–63).