

ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

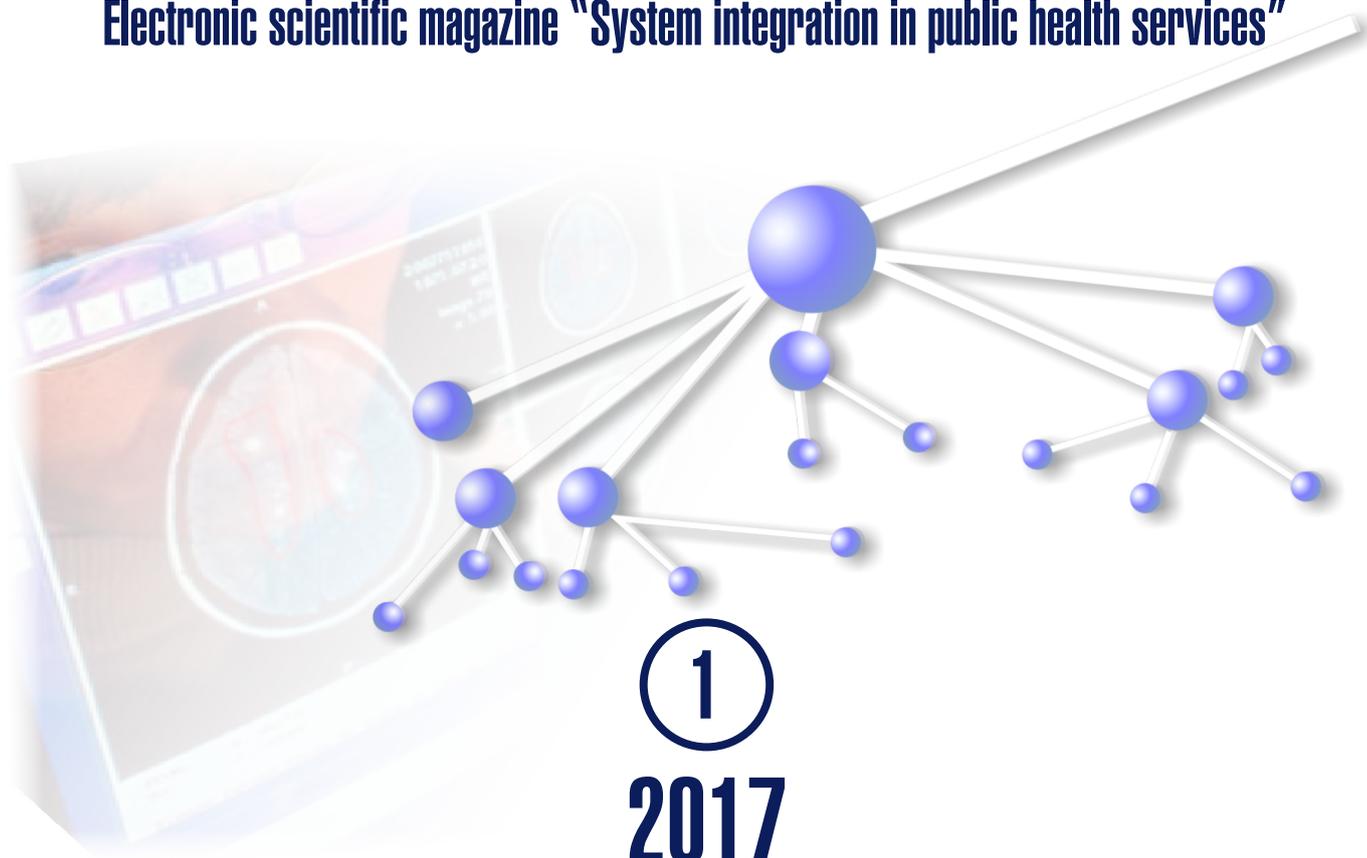
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Свердловской области
детская клиническая больница
восстановительного лечения
“Научно-практический центр
“Бонум”

www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2017



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 1 (31) 2017

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор С.И.БЛОХИНА
Заместители главного редактора
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)
B. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

Дорогие коллеги!



В первом выпуске электронного журнала в 2017г мы предлагаем вашему вниманию ряд публикаций, которые касаются тех ресурсов медицинской помощи, которые, на мой взгляд, следовало бы отнести к «нелечебным»: креативным технологиям системной интеграции в медицине, особенностям психологического состояния пациентов, их близких и возможностям его коррекции, этическим проблемам медицинской практики. Названия статей,

представленных в оглавлении издания, свидетельствует о том, что они посвящены проблемам, представляющим актуальность не только для врачей различных специальностей: педиатров, стоматологов, анестезиологов-реаниматологов, организаторов здравоохранения, для педагогов и психологов.

Среди статей вы найдете и профессиональный взгляд разных специалистов – инженеров - системотехников, психологов и врачей – на пути достижения максимально эффективных результатов оказания комплексной помощи пациентам с тяжелыми нарушениями здоровья при оптимальном использовании междисциплинарного взаимодействия.

Мы приглашаем коллег, заинтересованных тематикой повышения удовлетворённости пациентов оказываемой им медико-социальной помощью, поделиться знаниями накопленным на пути совершенствования различных форм медицинской деятельности, стать авторами последующих выпусков нашего журнала и поделиться результатами собственных исследований.

Д.м.н., профессор,
анестезиолог-реаниматолог
Елькин Игорь Олегович

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Дугина Е.А.
О ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РЕСУРСНО-РЕЗУЛЬТАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАРЫ
«РУКОВОДИТЕЛЬ-ИСПОЛНИТЕЛЬ» НА ОСНОВЕ ЭКВИВАЛЕНТНЫХ СХЕМ.....5

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Дроженкова Е.В.
ПРЕДИКТОРЫ ВТОРИЧНОЙ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА
ДИАЛИЗЕ.....18

Елькин И.О. Блохина С.И., Швецов М.Е.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.....28

Набойченко Е.С.
ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....35

Носкова М.В.
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ,
ИМЕЮЩИХ «ОСОБЫХ» ДЕТЕЙ44

Чалый С. С.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В ДООПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.....49

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Нямцу А.М
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО
ОТДЕЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....63

О ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РЕСУРСНО-РЕЗУЛЬТАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАРЫ «РУКОВОДИТЕЛЬ-ИСПОЛНИТЕЛЬ» НА ОСНОВЕ ЭКВИВАЛЕНТНЫХ СХЕМ

Гольдштейн С.Л.¹, Грицюк Е.М.², Дугина Е.А.²

¹ ФГАОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург,

² ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум»,

Предложена как аналогия эквивалентная электрическая схема пары «руководитель-исполнитель» социоорганизационной структуры. Приведена зонная модель личной движущей силы субъектов пары. Рассмотрены аналогии потерям этой силы, а также модели для оценки составляющих ресурсно-результативных потенциалов пары и социоструктуры.

Ключевые слова: потенциал, аналогия, эквивалентная схема, модели оценки потенциалов.

About the possibility of resource and result potential assessment of a couple "head-performer" on the basis of equivalent schemes

Goldshtein S.L.¹, Gritsyuk E.M.², Dugina E.A.²

¹ Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

² State financed Health Institution Sverdlovsk region Children's Clinical Hospital of remedial treatment Scientific-Practical Centre "Bonum", Ekaterinburg, Russia

The equivalent electric circuit as analogy of couple «head-performer» of a socio structure are offered. Zonal model of personal driving force of subjects of couple are presented. Analogy to losses of these forces and models for assessment of resource and result potential of couple and sociostructure component are inspected.

Keywords: potential, analogy, equivalent scheme, models of assessment of potentials.

Введение

Проблематика ресурсно-результативного потенциала (РРП) весьма актуальна для самых разных социоорганизационных структур и их составляющих [1]. Единого подхода к оценке таких РРП нет. Нами предложен и разрабатывается подход на основе системной интеграции моделей естественно-научных и технических систем, в частности, с использованием физических аналогий [2]. В качестве первой из них рассмотрена аналогия с электротехникой [3] на основе эквивалентных схем, широко применяемых при моделировании механических, гидравлических и др. объектов. Отметим, что частные вопросы математического моделирования пары «лидер-индивид» известны [4]. В данной

статье поставлена и решена задача о возможностях и полезности эквивалентных схем для моделирования потенциалов пары «руководитель-исполнитель» на примере социоорганизационной структуры медицинского учреждения (МУ), что ориентировано на оценку его РРП.

Структурная основа взаимодействия пары «руководитель-исполнитель» в виде эквивалентной электрической схемы (ЭЭС)

При взаимодействии пары «руководитель-исполнитель» представляют интерес следующие вопросы: составляющие схемы с элементом личной движущей силы субъектов пары; внутренние потери этой силы; компоненты ресурсно-результативного потенциала пары и его связь с РРП социоструктуры МУ.

Предлагаемая нами аналоговая модель приведена на рис. 1. Здесь пунктиром выделены схемы субъектов пары, составленные исходя, во-первых, из аналогии с известным физическим устройством - носителем энергии типа свинцово-кислотного аккумулятора [3, 5], во-вторых, из учета только тех элементов схемы (внутри пунктира), которые адекватны устройству-аналогу. Операционные усилители (ОУ), призванные имитировать содержательную сторону деятельности субъектов (см., например, [6]), представлены условно и вынесены из пунктира. При этом нагрузку руководителя отражает совокупность импеданса Z^i исполнителя и импеданса Z_n^i его нагрузки. При несовместимости полярностей руководителя и исполнителя, для выявления которой служит соответствующий измеритель ИС1, может быть использована перекоммутация с помощью коммутатора (КС). Поддержка работоспособности (пополнение личных ресурсов) субъектов не показана.

Рассмотрим основные режимы функционирования схемы на рис.1.

1) Коммутатор КС и контакт K^{n2} разомкнуты, контакты K^p и K^{n1} замкнуты, имеет место внутренняя работа обоих субъектов. Руководитель оценивает характеристики поступившего от старшего начальника задания, генерирует план (дорожную карту) разрешения связанной с этим заданием ситуации, подбирает исполнителя, формирует задание исполнителю, назначает ресурсы, мониторирует исполнителя, анализирует отчет исполнителя о выполненном задании. Исполнитель оценивает задание, адаптирует дорожную карту его выполнения под специфику ситуации, выполняет необходимые работы, генерирует отчет о выполнении задания.

2) Контакты K^P и $K^{и2}$ разомкнуты, коммутатор KC и контакт $K^{и1}$ замкнуты, имеют место передача задания от руководителя к исполнителю или отчета от исполнителя к руководителю;

3) Коммутатор KC и контакт $K^{и1}$, разомкнуты, контакт $K^{и2}$ замкнут, идет работа исполнителя на нагрузку $Z_{н}^{и}$.

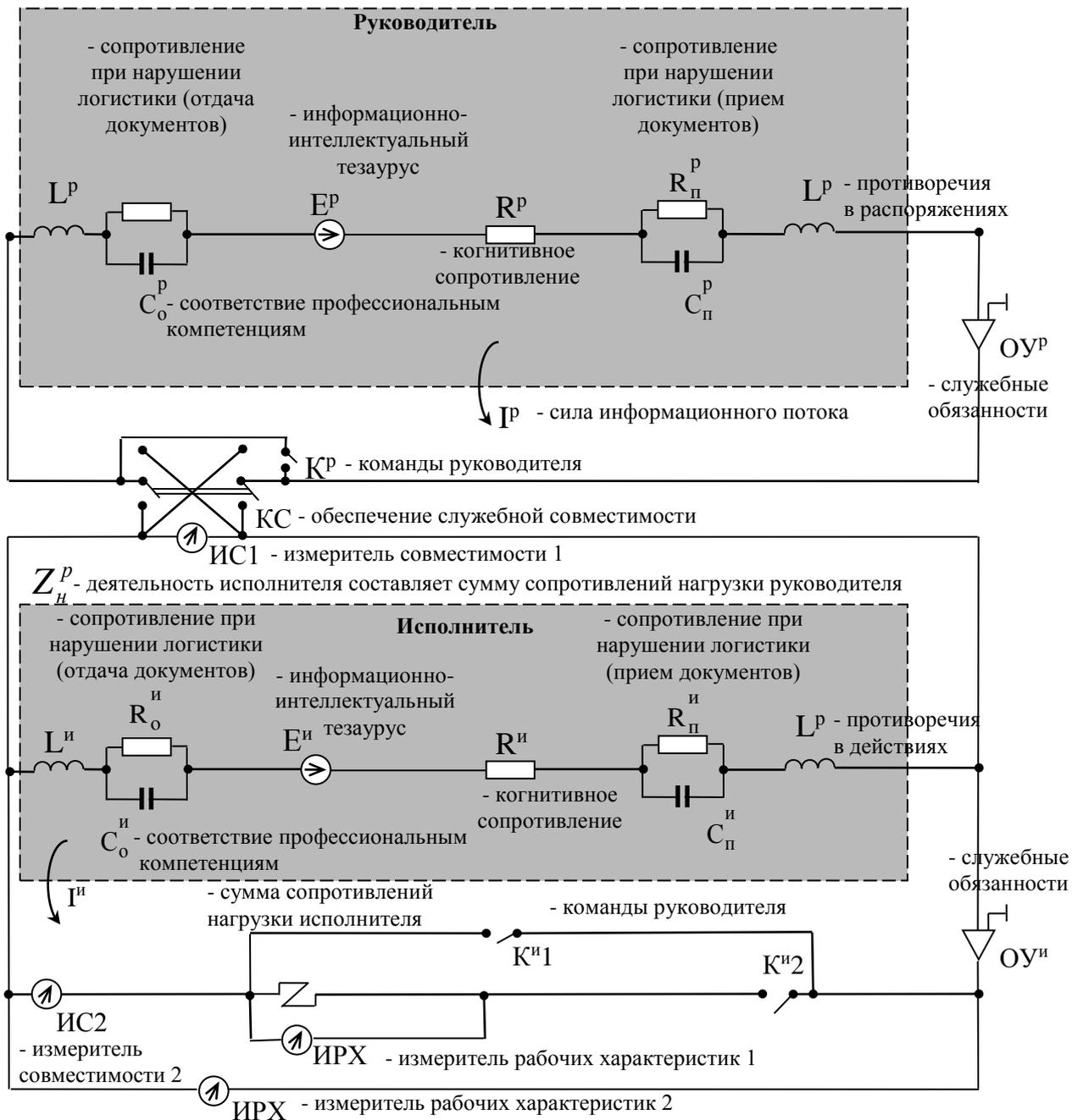


Рис.1 Простейшая эквивалентная электрическая схема (ЭЭС) как аналог структуры пары «руководитель–исполнитель»

Назначение элементов ЭЭС на рис. 1 приведено в табл.1.

Назначение элементов ЭЭС в аккумуляторе и их аналогов в социоструктуре

Элементы ЭЭС		Назначение элементов в структурах:	
символ	спецификация	аккумуляторе	социоструктуре
$E^{P,I}$	электродвижущая сила (ЭДС)	источник ЭДС	источник движущей силы в виде информационно-интеллектуального тезауруса и др. ресурсов, активируемых мотивацией руководителя (р), исполнителя (и)
$R^{P,I}$	активное внутреннее сопротивление (АВС)	АВС электропроводящей среды источника ЭДС	частное АВС руководителя (р), исполнителя (и), связанное с проводимостью когнитивных каналов в ситуации типа «задача-решение»
$R_{o,p}$		АВС процессов на электродах (полюсах)	частное АВС на «полюсах» приема (п) отчетов руководителем и заданий исполнителем и отдачи (о) управлений руководителем и отчета о выполнении исполнителем (определяется соответствием профессиональным компетенциям)
$C_{п,о}^{P,I}$	емкость	емкость двойного электрического слоя на границе электрод / электролит	емкость когнитивного слоя на границах «задача-решение», «семантика-форма» при генерировании заданий руководителем и отчетов об их выполнении исполнителем
$Z_H^{P,I}$	импеданс нагрузки	полное (активное, емкостное и индуктивное) сопротивление нагрузки	полное сопротивление со стороны разрешаемой ситуации для обоих субъектов (зависит от ее сложности)
ИС	измеритель совместимости (ИС) источника ЭДС с нагрузкой	измерение совместимости по полярности, по ресурсоемкости и т.п.	измерение ресурсной, профессиональной, психологической, интеллектуальной, этической и др. видов совместимости субъектов пары
ИРХ	измеритель рабочих характеристик	вольтметр, нагрузочная вилка, ареометр и т.п.	любые доступные средства аттестации персонала, а также мониторинга и хронометража параметров деятельности субъектов пары
$I^{P,I}$	рабочий поток	электрический ток, обеспечивающий поток вещества (ионов и электронов)	информационный поток, организующий трафик ресурсов и отчетов об эффективности их использования при разрешении ситуации
КС	коммутатор совместимости	обеспечение электрической совместимости	обеспечение служебного содействия субъектов пары
К	контакт	замыкание / размыкание цепи электрического тока	прерывание / возобновление служебных потоков согласно директивам руководства
ОУ	операционный усилитель	реализация заданной функции по обеспечению электрическим током потребителей	выполнение служебных обязанностей субъектов пары

Из этого материала видно, что у всех элементов ЭЭС приведена аналогия деятельности субъектов социоорганизационной структуры медицинского учреждения. Прежде всего обратим внимание на $E^{P,I}$ (источники движущей силы руководителя и исполнителя) и разделим их на личные и служебные. Известно несколько источников личной движущей силы любого субъекта: еда, солнце, воздух, вода, земля, движение, сон, эмоции [7] или питание, сон, дыхание, позитив [8]. Еда дает $\approx (2 \div 3) \cdot 10^3$ ккал, солнце (если есть) $\approx 0,5 \cdot 10^3$ ккал, воздух $\approx (0,7 \div 1,7)$ ккал/мин. при общем потреблении энергии субъектом \approx

$(2,5 \div 3,5) \cdot 10^3$ ккал/день. Помимо этого субъект получает от земли полезный отрицательный электрический заряд, а современные урбанизированные рабочая и домашняя среды несут, обычно, вредный положительный заряд. Предположим, что субъекты пары обладают лишь этим личным ресурсом, поддерживающим их информационно-интеллектуальные тезаурусы, пока без учета данных о служебных ресурсах, которые им, должны быть выделены для выполнения служебных обязанностей. Первичный анализ структуры личного источника движущей силы субъектов нами предлагается провести на основе зонной модели.

Зонная модель источника личной движущей силы в паре «руководитель-исполнитель»

Модель источника личной движущей силы приведена на рис. 2.

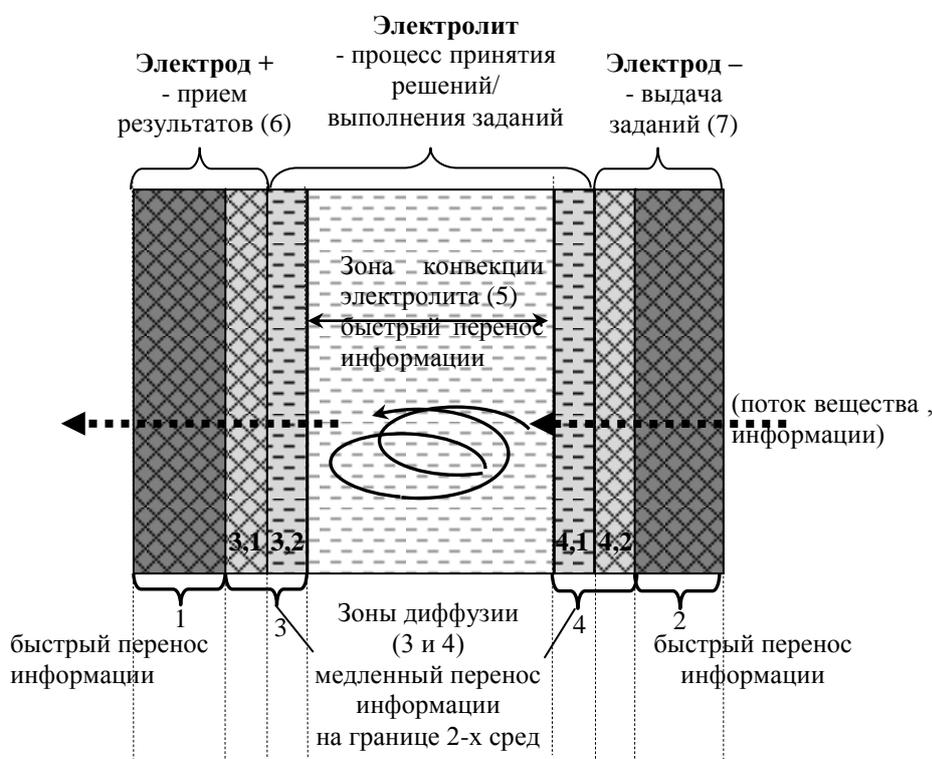


Рис.2 Зонная модель источника движущей силы

В качестве оригинала взят тот же электрохимический объект в части двух электродов и электролита, представленный последовательностью специально выделенных зон. Аналогии этим зонам приведены в табл. 2 и соответствуют физиологически обусловленным периодам трудовой деятельности: в начале получение задания (быстрый процесс), затем период вработываемости (медленный перенос информации), непосредственно работа (благодаря навыкам, обретаемым с опытом, может осуществляться быстро почти «автоматически»), затем период усталости (замедление переноса информации), и, в конце, выдача готовых результатов.

Аналогии к зонной модели источника движущей силы E субъекта

№ зоны	Процессы в аналогах:	
	электро-	социо-
1, 2	быстрый (электронный) перенос вещества в проводнике 1-го рода (металле) - аноде и катоде	быстрый перенос информации о необходимости задания и его выполнения в нервной системе обоих субъектов
3, 4	медленный (диффузионный) перенос вещества через приграничные слои проводников 1-го и 2-го родов под действием заряда двойнослойного конденсатора и градиента концентраций на границе	медленный перенос информации через границы «задача-решение», «форма-семантика» при генерировании заданий и отчетов об их выполнении под действием когнитивной емкости и градиента стимулов
3.1 4.2	замедленный диффузионный перенос ценного компонента в веществе проводника 1-го рода	замедленные поиск и перенос ценной информации в нервной системе субъекта
3.2 4.1	замедленный перенос ценного компонента в веществе проводника 2-го рода	замедленный перенос и использование ценной информации в аффекторе (исполнительном механизме) субъекта
5	быстрый (конвективный) перенос вещества через проводник 2-го рода (электролит)	быстрый процесс приема/передачи информации у субъектов
6	прием электронов	прием и анализ отчетов об эффективности расходования ресурсов руководителям, прием заданий и ресурсов исполнителем
7	отдача электронов	отдача управленческих решений и ресурсов исполнителю, отдача отчета о результатах исполнения исполнителем

На примере табл.2 видно, что и зонная модель может дать возможность для поиска аналогий между электро-химико-физическими и психолого-информационными процессами.

О возможных потерях источника движущей силы

Сначала рассмотрим возможные потери (E) источника движущей силы субъектов в четырех основных элементах ЭЭС с учетом R (сопротивления), C (емкости) и L (индуктивности) в соответствии с рис.1 с ориентацией на социобъект:

$E_1 = R \cdot I$ - потери от активного сопротивления, например, от узкой дороги (механическая аналогия), от трубы или электрического провода недостаточного сечения (гидродинамическая или электрическая аналогия), «забитого» трафика (компьютерно-сетевая аналогия), от профессионального выгорания субъекта деятельности (1)

$E_2 = \left(\frac{R_n \cdot \frac{1}{\omega \cdot C_n}}{R_n + \frac{1}{\omega \cdot C_n}} \right) \cdot I$ - потери от реактивного (емкостного) сопротивления приему (п) информации: исполнителем о задании и руководителем об отчете о выполнении задания; (2)

$E_3 = \left(\frac{R_o \cdot \frac{1}{\omega \cdot C_o}}{R_o + \frac{1}{\omega \cdot C_o}} \right) \cdot I$ - потери от реактивного (емкостного) сопротивления отдаче (о) задания руководителем и отдаче информации о его выполнении исполнителем; (3)

$E_4 = \omega \cdot L \cdot I$ - потери от реактивного (индуктивного) сопротивления, связанного с преодолением инерции (например, от быстро меняющихся заданий и планов действий, от груза предыдущих работ, устаревших стереотипов мышления и (4)

ω - частота колебаний, как интенсивность разнополярных шагов деятельности (ω_1) или как «переполюсовка» заданий (ω_2).

Отметим, что потери E_2 и E_3 связаны с преодолением сопротивления, например, канала с емкостью в разрыве (пока емкость не наполнится поток дальше не пойдет, пока ресурсы не накопятся действия не начнутся, пока задание не уложится в сознании исполнителя задача не решится и т.п.). Известна ассоциация моделей (2) и (3) с потенциальной энергией, а модели (4) – с кинетической [9]. В потере E_4 элемент L чувствителен к динамике источника: если $dE/dt = 0$, индуктивное сопротивление = 0, иначе оно > 0 .

Для практического использования этих моделей в МУ требуется аналогия основным характеристикам и их размерностям (табл.3).

Предлагаемые аналогии характеристик и их размерностей

Сим-вол	Характеристики основных величин по структурам:			
	электро- содержание	общепринятые ед.измерения	социо- содержание	предлагаемые обозначения ед. измерения
E	разность электрических потенциалов по расстоянию (l) и времени (t)	Вольт, В (l,t);	разница ресурсов (Δ) субъекта для разрешения ситуации известной емкости по расстоянию (l) и времени (t)	$\frac{\Delta}{l}$; $\frac{\Delta}{t}$; $\frac{\Delta}{l \cdot t}$
I	поток заряженных частиц (электронов, ионов)	Ампер, А;	потоки (d) персонифицированной информации о ресурсах (d_1), сырье (d_2), делах по разрешению ситуации (d_3) и т.п.	d
R	активное сопротивление потоку заряженных частиц	Ом = В/А (l, t)	активное сопротивление (\triangleright) когнитивных и информационных каналов субъекта	\triangleright
C	электрическая емкость линейных проводников со структурой «проводник-диэлектрик»	Фарада, F	когнитивная емкость (\wedge) памяти и информационных каналов субъекта	\wedge
L	электрическая индуктивность проводников со структурой типа «виток»	Генри, G	индуктивность (\perp) логистических информационных каналов субъекта	\perp
ω	частота колебаний потока заряженных частиц	Герц, Gc	частота противоречий (\leftrightarrow) в транзакциях или интенсивность разнополярных служебных процессов	\leftrightarrow

Будем полагать, что в социоструктурах в т.ч. МУ относительно предложенных единиц измерения уместны следующие пояснения: Δ - это личный ресурс для деятельности, выраженный в эквивалентных единицах измерения (например, в граммах или калориях еды, в часах сна или прогулки на природе), с учетом личной мотивации, отнесенных к емкости ситуации, значимость которого падает со временем и удалением от источника; или корпоративный ресурс для деятельности, например, новое помещение, новое оборудование, дополнительные ставки и фонд зарплаты и т.д. в вещественном и/или денежном измерениях, тоже отнесенных к емкости ситуации; \triangleright - активное сопротивление когнитивных и информационных каналов (личных и корпоративных), обусловленное их исходной конструкцией, помехами, параллельными потоками запросов/ответов и т.п. в единицах [ресурс/емкость/поток ресурсов]; \wedge - емкость каналов, как складская и транспортная логистика, в единицах обратного замедления [$-t^2/l$]; \perp - индуктивность каналов, как мера сопротивления колеблющемуся потоку в единицах обратного ускорения

$[t^2/l]$; \leftrightarrow - частота колебаний полезной, бесполезной или вредной деятельности и информации в единицах обратного времени $[t^{-1}]$;

В соответствии с рис.2 продолжим рассмотрение потерь источников движущей силы субъектов в концепции зонной модели. Наибольшее внутреннее сопротивление имеют зоны 3 и 4, связанные с реализацией цепочек: «мотивация - решение - план действий - схема оценки результата действий», а также «форма - семантика» общения для руководителя и исполнителя соответственно.

Так, например, потери личного ресурса $E_1[\Delta/t]$ субъекта могут увеличиваться со стажем служебной деятельности в зависимости от общего потока $I[d/t]$ ранее «переработанных» событий, совокупность которых может сделать сопротивление этой деятельности максимальным (рис.3).

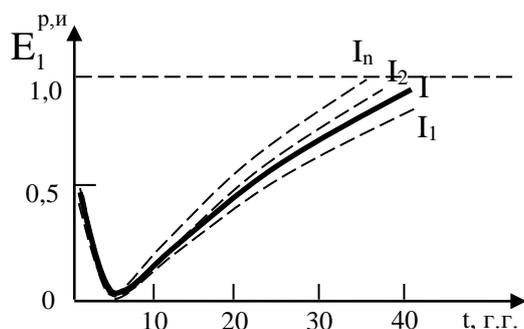


Рис. 3 Тенденция профессионального выгорания [10] источника движущей силы субъекта от стажа (t) работы и потока (I) сырья и служебных дел; $I_1 < I_2 < \dots < I_n$

В моделях (2) и (3) рост емкостей $C_{п,о}^{п,и}$ может быть связан с увеличением объема знаний и данных о сложных объектах в каждой проблемной ситуации, об опыте разрешения предыдущих ситуаций, о вариантах ресурсов, решений и действий по содержанию и форме как для руководителя, так и для исполнителя. Тогда с ростом $C_{п,о}^{п,и}$ импеданс $R \cdot C$ - цепочек снизится и потери источника движущей силы $E_{2,3}^{п,и}$ станут меньше, чему будет способствовать и увеличение интенсивности (ω_1) полезной деятельности, однако увеличатся задержки по времени (замедление), которые затрачиваются на накопление, перебор и анализ релевантно-пертинентных информации, материи и энергии.

В модели (4) на фоне достаточной интенсивности ω_1 полезной деятельности рост частоты ω_2 «дерганий» и «переполнюсовок» транзакций (в заданиях и оценках), а также инертность мышления и действий могут дать индуктивное увеличение потерь источника

движущей силы при ускоренном прохождении лишь балластных стереотипов решений и действий.

Потери $E_1 \div E_4$ (модели 1 ÷ 4) связаны с преодолением рассмотренных сопротивлений, но главное - надо знать движущие силы, оставшиеся для выполнения основной служебной функции (подстрочный индекс «сл»), которые можно представить с учетом рис.1 следующего образом:

$$E_{сл}^p = \begin{cases} E^p - \sum_1^4 E_i^p, \\ E^p - \left(\sum_1^4 E_i^p + Z_{oy}^p \cdot I^p \right), \end{cases} \quad (5)$$

$$E_{сл}^и = \begin{cases} E^и - \sum_1^4 E_i^и, \\ E^и - \left(\sum_1^4 E_i^и + Z_{oy}^и \cdot I^и \right), \end{cases} \quad (6)$$

где i – управляющая переменная для учета составляющих потерь по моделям (1÷4),
 Z_{oy} – импеданс операционного усилителя,

в зависимости от наличия информации, требующейся для выбора соответствующей формулы.

Движущая сила субъектов и ресурсно-результативный потенциал

Будем полагать, что общая движущая сила руководителя может быть оценена по компонентам модели:

$$E^p = k^p \left(PK^p \cdot \alpha_1 \pm PL^p \cdot \alpha_2 \pm PA^p \cdot \alpha_3 \right), \quad (7)$$

где ресурсы: РК – корпоративный, служебный, РЛ – личный, РА – административный, k – переводной коэффициент, учитывающий ресурсную емкость (сложность) ситуации, α_i – вес, $\sum \alpha_i = 1$.

При этом:

$$PK = \sum_{j=1}^6 (PK \cdot \beta)_j, \quad (8)$$

где РК – вид корпоративного ресурса: РК₁ – финансовый, РК₂ – материальный, РК₃ – энергетический, РК₄ – людской, РК₅ – информационный, РК₆ – временной; β_j – вес, $\sum \beta_j = 1$;

$$PL = \sum_{k=1}^3 (PL \cdot \gamma)_k, \quad (9)$$

где РЛ – вид личного ресурса: РЛ₁ – соматический, РЛ₂ – интеллектуальный, РЛ₃ – духовный; γ_k – вес, $\sum \gamma_k = 1$.

А модель движущей силы исполнителя будет отличаться от модели (7), в первом приближении, лишь отсутствием административного ресурса.

Тогда определим место ресурсно-результативного потенциала (РРП) субъектов (РРП^{р,и}) пары «руководитель-исполнитель» в РРП всей социоструктуры, который мы предлагаем оценивать по следующей модели (10).

$$РРП = \prod_{l=1}^4 РсП_l^{\delta_l} \times РзП^{\delta_2}, \quad (10)$$

где РсП_l – ресурсный потенциал: входного потока (l=1), руководителя (l=2), исполнителя (l=3) и бизнес-процесса (l=4), РзП – результативный потенциал выходного потока, δ_i – веса, $\sum \delta_i = 1$;

$$РзП = (РзП1 \times \varepsilon_1 + РзП2 \times \varepsilon_2), \quad (11)$$

где РзП1, РзП2 – результативный потенциал в прямой и косвенной оценках [11], ε_1 и ε_2 – веса, $\sum \varepsilon_m = 1$.

что позволяет выявить вклад каждого субъекта в результат.

На рис. 4 формализм (10) связан нами с упрощенной моделью социоструктуры, в т.ч. МУ.

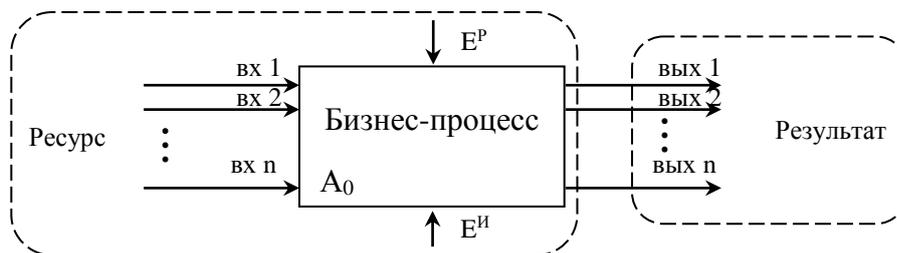


Рис. 4 Структурно-функциональная модель социоструктуры типа МУ в A₀-форме

IDEF0 (вх1 – поток пациентов, вх2 – поток расходных материалов, вх3 – поток энергоснабжения, вх4 – входной информационный поток и т.п., вых1 – поток обслуженных пациентов, вых2 – поток отходов, вых3 – поток информации о результатах деятельности и т.п.)

Место руководителя и исполнителя задано на рис. 4 стрелками сверху и снизу. Тогда предлагается модель:

$$РРП^{р,и} = \left(РсП_{л}^{р,и} \right)^{\lambda_1} \times \left(РсП_{бп}^{р,и} \right)^{\lambda_2} \times \left(РзП^{р,и} \right)^{\lambda_3}, \quad (12)$$

где подстрочные индексы: л – личный, бп – личных бизнес-процессов (технологий служебной деятельности), λ_i – вес, $\sum \lambda_i = 1$.

Модель (12) поясняет рис.5.

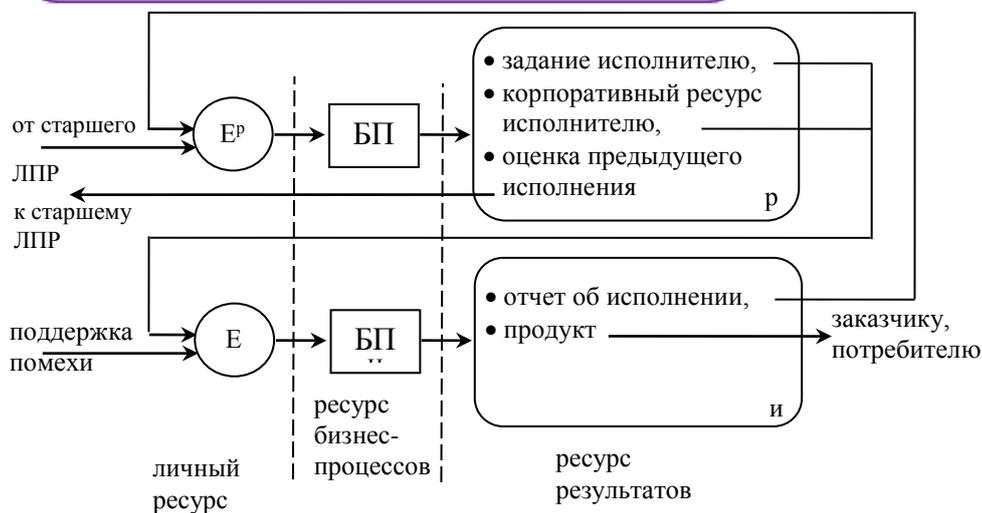


Рис. 5 Цепочка ресурсов и результатов пары «руководитель-исполнитель»

Рассмотрев таким образом компоненты ресурсно-результативного потенциала руководителя и исполнителя с учетом неизбежных потерь и полезной (работающей) части, отметим, что сами оценки – это фактические значения самых разнообразных и доступных для измерения характеристик деятельности субъектов, отнесенные к нормативам [3].

Результаты и выводы

1. Поставлена задача об оценке возможностей и полезности эквивалентных электрических схем для моделирования пары «руководитель-исполнитель» социоорганизационной структуры.
2. Предложена простейшая эквивалентная электрическая схема пары «руководитель-исполнитель» с использованием R, C, L типовых элементов и операционных усилителей и их аналогий для социоструктуры типа медицинского учреждения.
3. Рассмотрена зонная модель источника движущей силы субъектов пары и проведена аналогия между достаточно формализованным электротехнологическим объектом и социоорганизаационным.
4. Описаны потери источника личной движущей силы субъектов и предложены единицы измерения для основных характеристик.
5. Получены модели связи компонентов движущей силы субъектов с компонентами ресурсно-результативного потенциала их деятельности.
6. Предложена мультипликативная модель компонентов ресурсно-результативного потенциала социоструктуры.
7. Сделан вывод о полезности эквивалентных электрических схем для моделирования пары «руководитель-исполнитель» социоорганизационной структуры.

Список литературы

1. Терехин В.И. Сравнительный анализ ресурсного и результативного потенциалов ЦФО / В.И. Терехин, Т.Н. Гуль // Социально-экономическое явление и процессы. № 1 (17). 2010. С. 123-127;
2. Грицюк Е.М. Развитие моделей системной компьютеризированной поддержки деятельности эпидемиолога при реинжиниринге медицинского учреждения / дисс. доктора мед. наук. – Екатеринбург. 2016. 69 с.;
3. Гольдштейн С.Л. О системно-интеграционной методологической базе определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности медицинского учреждения / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Е.А. Дугина, О.А. Зимин // Системная интеграция в здравоохранении. №4. 2016 С. 5-21;
4. Милованов В.П. Синергетика и самоорганизация: общая и социальная психология. - М: КомКнига. 2005. 208 с.;
5. Хрусталева Д.А. Аккумуляторы. - М.: Изумруд. 2003. 224 с.;
6. Ефремов А.В. Летчик как динамическая система. / А.В. Ефремов, Оглоблин А.В., А.Н. Предтеченский и др. - М: Машиностроение. 1992. 336 с.;
7. 8 источников энергии для человека, о которых нужно помнить URL: <http://hronist.ru/istochniki-energiidlya-cheloveka/> ;
8. Энергия человека URL: <http://www.znaxar.net/stati/duhovnoe-razvitie/yenergija-cheloveka.html> ;
9. Юсупов Р.Х. Прогнозирование состояния производственного травматизма производственно-обусловленной заболеваемости рабочих коллективов на основе информационных цепей / Р.Х. Юсупов, Ю.Г. Горшков, А.В. Зайнишев. // Вестник ЮУрГУ. №20. 2007. С. 54-60;
10. Елькин И.О. Распространенность и структура эмоциональных нарушений среди врачей неотложной медицины Свердловской области / И.О. Елькин, В.М. Егоров, С.И. Блохина // Системная интеграция в здравоохранении. 2009. № 2. С. 42-49. URL: <http://www.icj.ru/2007-03-06rec.html>;
11. Жюльен Ф. Трактат об эффективности. - М: Университетская книга. 1999. 150 с.

Грицюк Елена Михайловна, - д.м.н., врач-эпидемиолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ПРЕДИКТОРЫ ВТОРИЧНОЙ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ

Дроженкова Е.В.

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования, Кафедра
клинической психологии*

В данной статье представлен комплекс психодиагностических методик эмпирического изучения предикторов вторичной алекситимии; дано описание участников исследования – пациентов, находящихся на диализе. С помощью клинико-психологического интервью и методом наблюдения получены данные о психологическом состоянии пациентов, находящихся на диализе. Проведена обработка полученных данных с помощью методов математической статистики. Основным результатом работы является обоснование положения о том, что вторичная алекситимия возникает как следствие неизлечимого хронического тяжелого заболевания, рассматривается в качестве защитного механизма в травмирующей ситуации, угрожающей жизни пациента. Развитие вторичной алекситимии обусловлено набором личностных черт и характеристик, таких как легкая степень депрессии, анозогностический тип, дефицит развития эмоций негативного спектра.

Ключевые слова: алекситимия, депрессия, анозогностический, тревога, травмирующая ситуация, эмоции.

Predictors of secondary alexithymia on undergoing dialysis patients

Drozhenkova E. V.

*Federal State Educational institution of higher education
«Ural State Medical University»
Ministry of Health of the Russian Federation,
Faculty of Psychology and Social Work and Higher Nursing Education Department of Clinical
Psychology*

In the theoretical part of the report discussed the origin of the concept of alexithymia, which were offered by domestic and foreign researchers, the main types of alexithymia (primary and secondary), symptoms and features of display in different nosology. It was a review of clinical presentations of chronic renal failure, symptoms, syndromes and stages of the disease. According to the literature the features were describes of psychosomatic patients on hemodialysis. In the research part of the report provides a set of psycho-diagnostic methods of the empirical study of predictors of secondary alexithymia; a description of the study participants - patients who are on dialysis. With the help of the clinical and psychological interview and observation method to obtain data on the psychological state of patients who are on dialysis. Data processing is spending with methods of mathematical statistics. The main result of the study is the situation that the secondary alexithymia arises as a consequence of chronic incurable severe disease is seen as a protective mechanism in traumatic situations threatening the patient's life. The development of secondary alexithymia is caused by a set of personality traits and characteristics such as mild depression, anosognostic type of deficiency of the negative spectrum of emotions.

Keywords: alexithymia, depression, anosognostic, anxiety, traumatic situation, emotions.

Введение

Проблема психосоматического здоровья в настоящий момент является объектом многочисленных исследований, и занимает, значительную часть среди факторов развития современных болезней. Исследование личностных особенностей хронических больных, занимает приоритетное место в клинической психологии. Достоверно известно, что лица с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями подвергаются трансформации личности. Данная трансформация затрагивает в первую очередь ценностно-смысловую и эмоциональную сферы. Особенно ярко это наблюдается при заболеваниях, которые сопровождаются угрозой смерти, к числу которых относят хроническую почечную недостаточность (ХПН). Достижения современной нефрологии, развитие технического совершенствования гемодиализа (ГД) придают особую актуальность психологическим проблемам больных, находящихся на лечении гемодиализом.

Выделяют три этапа психологической адаптации пациентов, находящихся на диализе во временном аспекте. Для каждого этапа характерен набор психотравмирующих факторов, а также ответных реакций на них. Третьему периоду – долговременной адаптации, нахождение на ГД более 12 месяцев, соответствуют пролонгированные ситуации, которые связаны с изменением условий жизни, а именно - семейного положения, сферы деятельности, интересов, а также профессионального статуса. Совместно с расстройствами настроения существуют изменения направленности поведенческой активности и системы жизненных ценностей. Данные изменения проявляют выраженное истощающее воздействие на психику больных, что является следствием длительного психического напряжения. Реакция на напряжение проявляется широким регистром депрессивных и тревожных симптомов, одним из которых является вторичная алекситимия, которая может маскировать, в том числе, и суицидальную настроенность больных.

Вопросами изучения алекситимии занимались многие исследователи как российские так и зарубежные, однако до сих пор, существует множество вопросов по поводу происхождения данного феномена и способах его прогнозирования.

Выделяют три модели, объясняющие феномен алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств – биологическая теория, теория травматизации и социокультурная теория. В биологическом подходе врожденная, или первичная алекситимия имеет выявляемый органический субстрат. Этим могут являться последствия гипоксии во время родов или беременности, незначительные пороки развития, которые были перенесены в раннем возрасте [1].

Первичная алекситимия - это стойкая форма алекситимии, которая плохо поддается лечению. Вторичная алекситимия обнаруживается уже в старшем возрасте у людей соматически здоровых. В обоих случаях признаки алекситимии схожи - это бедность и скудность речи; малая представленность в настоящем событий прошлой жизни; недостаточная инициатива и активность в поиске средств; зависимость от взрослого (матери); неустойчивость и недифференцированность самооценки и неадекватность целеполагания; неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Вторичная алекситимия имеет признак наличия депрессивного фона больного. Пациент с вторичной алекситимией подавлен, ограничивает контакты, замыкается в себе и отрицает свои эмоции. В данном случае важное место в возникновении вторичной алекситимии имеет наличие «модели отрицания». Такая модель являет собой активное, нередко тотальное торможение различных эмоций, которые переживает человек. В этом случае алекситимия носит обратимый характер, но сочетается с депрессией [2].

Опираясь на модель травматической соматизации в данном исследовании, можно утверждать, что пациенты с ХПН подвержены возникновению вторичной алекситимии. Пациенты с заболеванием ХПН на стадии терминальной уремии испытывают сильный стресс, в связи со своим диагнозом. Исходя из этого, можно предположить, что влияние психотравмирующего фактора сказывается на возникновении депрессии и ведет к проявлению вторичной алекситимии.

Цель работы: выявить предикторы вторичной алекситимии у пациентов находящихся на диализе.

Материалы и методы: Наблюдение, Клинико-психологическое интервью, Методика «Шкала депрессии Бека», Торонтская шкала алекситимии, Проективная методика «Рисунок человека» (К. Махвер), Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

Достоверность и надёжность полученных данных обеспечивалась методологическим обоснованием исследования, применением комплекса взаимодополняющих методов, адекватных целям и задачам исследования, репрезентативностью выборок, сочетанием количественной оценки и качественного анализа результатов, статистической обработкой результатов при помощи пакета статистических программ «MicrosoftExcel». Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS (критерий Спирмена).

Участники исследования - 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст пациентов $50,7 \pm 13$ лет, длительность ХБП – $15,8 \pm 9,8$ года, продолжительность терапии перитонеальным диализом от 2 до 15 лет - $25,6 \pm 18,2$ месяца.

Результаты и обсуждение

Наблюдение показало, что лица пациентов постоянно печальные, глаза полны слез. Мимика больных и их жестикация не выразительны, темп речи замедлен, также наблюдалась двигательная и эмоциональная заторможенность.

В клинко-психологическом интервью было выявлена зависимость уровня образования и ценностной ориентацией. Жалобы пациентов скудны, в основном касаются физического состояния, часто отрицают наличие психологических проблем. Окружающий мир таких пациентов не интересует, мысли сосредоточены на болезни и ее мрачных перспективах. У большинства пациентов наблюдается речевая и двигательная заторможенность. В первые дни пребывания на гемодиализе настроение больных характеризуется своеобразной амбивалентностью: с одной стороны, они понимают, что предстоящее лечение связано с более радикальным вмешательством в функционирование их организма, чем проводившееся до сих пор; с другой стороны, их вдохновляет мысль, что наконец-то на смену неэффективным методам лечения придет гораздо более радикальная терапия с возможным благоприятным исходом. У больных формируется общий психологический фон, в структуре которого можно выделить три эмоциональные модальности: подавленность, тревога и надежда.

По результатам методики «Шкала депрессии Бека» выявлено наличие у большинства пациентов легкой депрессии, с фиксацией на когнитивно-аффективной субшкале. Результаты диагностики уровня депрессии у пациентов, находящихся на диализе были подсчитаны и представлены в таблице 1.

Таблица 1
Результаты по методике «шкала депрессии Бека»

Мужчины (чел.)		Женщины (чел.)	
Абсолютное число	Проценты (%)	Абсолютное число	Проценты (%)
Отсутствие депрессивных симптомов			
5	12,5	3	7,5
Легкая депрессия (субдепрессия)			
14	35	12	30
Средняя тяжесть депрессии			
1	2,5	2	5
Умеренная депрессия			
0	0	2	5
Тяжелая депрессия			
0	0	1	2,5

Симптоматика депрессии маскируется в виде снижения контактов, инициативы, расстройств сна, аппетита. Углубление депрессии происходит под влиянием психотравмирующей ситуации, наличии семейных проблем. Постепенно у большинства испытуемых депрессивный сдвиг настроения утрачивает тревожный компонент, в определенной мере теряет зависимость от внешних факторов и включается в структуру личностных нарушений.

По результатам методики «Торонтская шкала алекситимии» выявлено наличие у большинства пациентов алекситимии. Результаты были подсчитаны и внесены в таблицу 2.

Таблица 2
Результаты по методике «Торонтская шкала алекситимии»

Наличие алекситимии											
Мужчины (чел)						Женщины (чел)					
Абсолютное число			Проценты (%)			Абсолютное число			Проценты (%)		
Наличие алекситимии		Группа риска		Отсутствие алекситимии		Наличие алекситимии		Группа риска		Отсутствие алекситимии	
12	30%	6	15%	2	5%	11	27,5%	6	15%	3	7,5%

По наличию алекситимии у большинства испытуемых можно говорить о том, что в связи с наличием психотравмы, такие пациенты отказываются от своей боли и не готовы адекватно принять и пережить травмирующую ситуацию. К сожалению, отказ от негативных эмоций часто ведет к отказу и возможной радости. Такие люди склонны к появлению депрессии. Наличие алекситимии свидетельствует о том, что испытуемые закрыты для всего нового и центрированы на негативных событиях. Так же, можно утверждать, что у таких пациентов нарушена как эмоциональная, так и личностная сфера, и сфера мышления.

Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «шкала депрессии Бека» для последующего сравнения и анализа были изображены на рисунке.



Рис. Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «шкала депрессии Бека»

Как показано на рис.1. – для большего количества пациентов характерно наличие легкой депрессии и выраженной алекситимии. Для доказательства данной взаимосвязи использовался метод статистической обработки данных.

Статистическая обработка данных между выявленными показателями по шкале депрессии и алекситимии.

Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS. Распределение показателей не соответствует нормальному. Для обнаружения взаимосвязи между переменными нами был проведен корреляционный анализ с помощью критерия Спирмена. Выбор обусловлен тем, что этот непараметрический метод используется с целью статистического изучения связи между явлениями.

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа между алекситимией и уровнем депрессии

	Отсутствие депрессии	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
Наличие алекситимии	-,0516**	0,711**		
Группа риска			0,417**	0,325*
Отсутствие алекситимии	0,561**	-0,328*		

Примечания: ** уровень значимости 0,01; *уровень значимости 0,05.

Анализируя данную корреляционную матрицу, можно сделать следующие выводы о взаимосвязи между алекситимией и уровнем депрессии.

1. Между показателями «отсутствие депрессии» и «наличие алекситимии» ($r=0,516$, при $p=0,01$) наблюдается сильная отрицательная взаимосвязь, что свидетельствует о том, что возрастание алекситимичности личности ведет к росту уровня депрессии и наоборот, рост уровня депрессивности личности приводит к возрастанию уровня алекситимии. Также отсутствие алекситимии положительно коррелирует с отсутствием депрессии ($r=0,561$, при $p=0,01$) данный результат интерпретируется следующим образом – чем ниже уровень алекситимии личности, тем ниже уровень депрессии и наоборот.
2. Наиболее сильная положительная взаимосвязь наблюдается между показателями алекситимии и легкой депрессии (субдепрессии) ($r=0,711$, при $p=0,01$), что говорит о том, что наличие алекситимии у пациента приводит к легкой степени депрессии (или наличие у пациента легкой степени депрессии также говорит о наличии у него алекситимии.)
3. Отсутствие алекситимии отрицательно коррелирует с легкой степенью депрессии ($r=-0,328$, при $p=0,05$), это свидетельствует о том, что при снижении уровня алекситимии снижается уровень депрессии. У пациентов, относящихся к группе риска по уровню алекситимии наблюдается положительная корреляция с умеренной степенью депрессии ($r=0,417$, при $p=0,01$) и тяжелой депрессией ($r=0,325$, при $p=0,05$). Это доказывает, что пациент, находящийся в группе риска алекситимии определяет у него наличие умеренной или тяжелой депрессии и наоборот, наличие у пациента умеренной или тяжелой депрессии определяет его предрасположенность к группе риска алекситимии.

Соотнося результаты по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «Шкала депрессии Бека», наблюдается взаимосвязь между уровнем депрессии и наличием алекситимии. Обращая внимания на Рис.1, можно заметить наличие выраженной алекситимии и легкой депрессии у большинства пациентов (14 человек), также существует группа испытуемых с легкой степенью депрессии, находящихся в группе риска возникновения алекситимии (10 человек). Это дает основание полагать, что наличие депрессии является риском развития алекситимии и также наличие алекситимии ведет к повышению уровня депрессии.

В интерпретации проективной методики «Рисунок человека» подтверждается взаимосвязь длительности периода лечения и особенностями эмоционального состояния. Для большинства пациентов характерно наличие общего истощения как личностной, так и эмоционально-волевой сферы. У большего количества испытуемых присутствует астения, подавленность, тревога как реакция на сильный стресс. Также, низкая самооценка характерно проявляется в рисунках большинства пациентов. Наблюдаются слабость эмоционального фона, сниженное настроение, апатия.

Особенности отношения к болезни пациентов хронического диализа изучались при помощи методики для психологической диагностики типов отношения ТОБОЛ. Результаты по методике подчитаны и занесены в таблицу 4.

Таблица 4
Результаты по методике ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	Абсолютное количество	Проценты (%)	Абсолютное количество	Проценты(%)
Гармоничный	2	5	0	0
Эргопатический	4	10	3	7,5
Анозогнозический	12	30	13	32,5
Апатический	2	5	0	0
Тревожный	0	0	1	2,5
Сенситивный	0	0	2	5
Меланхолический	0	0	0	0
Неврастенический	1	2,5	0	0
Паранойяльный	0	0	0	0
Дисфорический	0	0	0	0
Ипохондрический	0	0	0	0
Эгоцентрический	0	0	0	0

Исследование типов отношения к болезни у пациентов, находящихся на диализе показало, что преобладающий тип отношения к болезни у больных с ХПН – анозогнозический (25 человек), что говорит об активном отбрасывании мыслей о болезни и о возможных ее последствиях. Наличие анозогнозического типа болезни свидетельствует о приписывании проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказе от соблюдения рекомендаций врача по лечению, желания обойтись «своими средствами», пренебрежению и легкомысленному отношению к болезни и лечению. Наличие данного типа отношения - тревожный признак, поскольку он влияет на ход лечения и может привести к полному отказу от прохождения процедуры диализа, что ведет к летальному исходу.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что эмоциональные нарушения у части больных проявляются в виде апатии, безучастности к окружающему, а у другой части в подавленности с дисфорическим оттенком, угрюмостью. По выводам эмпирического исследования можно говорить о наличии связи между депрессией, астенией и вторичной алекситимией.

Существуют различные варианты реакции личности на болезнь, которые в основном определяются особенностями личности больного человека. В качестве примера можно привести некоторые из них: психастенический, астено-депрессивный, истерический, ипохондрический и эйфорически-анозогнозический [3]. Полученные выводы дают

основание квалифицировать психическое состояние больных в синдромальном плане, как астено-депрессивный синдром, который проявляется в ослаблении побуждений к деятельности, эмоциональной невыносливости, ощущении общей разбитости, подавленности, беспредметной удрученности. Астенизированный больной не может активно бороться со своей болезнью, он повышенно чувствителен к ощущениям, идущим от внутренних органов, склонен к печали и длительным расслабляющим раздумьям о своих несчастьях. Астенизация психики очень способствует формированию неправильного отношения к болезни, а это, в свою очередь, негативно влияет на течение заболевания и снижает эффект от лечения.

Стадия уремической интоксикации при ХПН, не только существенно влияет на когнитивные функции и влечет за собой неврологические нарушения, но и отрицательно сказывается на психоэмоциональном фоне пациентов. Больные на гемодиализе становятся апатичными, тревожными, депрессивными и проявляют признаки астении. Посредством эмпирического исследования, у пациентов, находящихся на диализе была выявлена вторичная алекситимия, что говорит о трудностях таких пациентов в определении и описании собственных переживаний; сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижении способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения; сфокусированности в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Алекситимия в данном случае предстает в виде некоего психологического симптомокомплекса, который проявляется на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом. В данном исследовании феномен алекситимии рассматривался в качестве предиктора и признака эмоционального расстройства, ассоциированного с тревогой, депрессией и анозогнозии. Наличие депрессии прогнозирует у таких пациентов, возникновение алекситимии, как ответ на психотравмирующее событие, то есть – хроническую болезнь. У пациентов с ХПН в связи с их положением нет слов, что бы выразить свои эмоции. Данная ситуация является настолько безысходной и ужасной, что пациенты просто закрывают себя для эмоций, решают скрыться от своей боли, уходят в депрессию и теряют силы для того, что бы бороться.

Вопрос прогнозирования вторичной алекситимии является очень важным в работе клинического психолога с данной категорией пациентов, поскольку сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями приводят к утрате сигнальной функции, формируют конкретное операциональное мышление, искажают

психозэмоциональный статус больных и негативно влияют на течение психокоррекционных мероприятий.

Список литературы

1. Sifnoes. P. E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients / P.E. Sifneos // 1983. - P. 243-259.
2. Николаева, В.В. О психологической природе алекситимии / В.В.Николаева // Телесность человека: междисциплинарные исследования, 1991. - С. 80 - 89.
3. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В.Ковалев
// Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – 1972. С.102-114.

Дроженкова Екатерина Вячеславовна - ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования кафедра клинической психологии. 620016, Екатеринбург, ул. Вильгельма де Геннина 40, e-mail Just_Katya93@mail.ru

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Елькин И.О., Блохина С.И., Швецов М.Е.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НИЦ «Бонум»,

Взаимоотношения врача, ребенка и его родителей остаются основой педиатрической практики. Центральное место в современной медицинской этической доктрине занимает принцип автономии. Начиная индукцию в наркоз, анестезиолог изменяет сознание пациента и в той или иной степени лишает его автономности. Врачи и родители ребенка должны стремиться к сотрудничеству и говорить друг другу правду.

Ключевые слова: анестезиология - реаниматология, модели отношений, автономия, права пациента, законный представитель.

Ethical problems of anesthesiological support for operational interventions in children

Elkin I.O., Blokhina S.I., Shvetsov M.Y.

State financed Health Institution Sverdlovsk region Children's Clinical Hospital of remedial treatment Scientific-Practical Centre "Bonum", Ekaterinburg, Russia

The physician relationship, the child and his parents are the foundation of pediatric practice. The central place in modern medical ethical doctrine is the principle of autonomy. Since the induction of anesthesia, the anesthesiologist changes in the patient's mind and to some extent deprived of its autonomy. Doctors and parents of the child should strive to cooperate and tell each other the truth.

Keywords: anesthesiology - resuscitation, relationship models, autonomy, patient rights, legal representative.

Задачами анестезиологии являются выбор метода обезболивания; подготовка больных к операции, проведение анестезии, мониторинг и коррекция состояния жизненно важных функций больного во время операций и в послеоперационном периоде; восстановление утраченных или измененных по различным причинам жизненно важных функций организма [1].

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом, ребенком и его родителями было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что родители доверяли врачу право принимать решения [2]. Родители доверяли врачу – врач брал на себя заботу о их ребенке. И поныне взаимоотношения врача, больного и его семьи в немалой степени определяют успех медицинской помощи [3].

Центральное место в современной медицинской этической доктрине занимает принцип автономии. Медицинская сестра Ингрид Ханссен (Норвегия) процитировала в своем выступлении на XVII Европейской конференции по философии медицины и здравоохранения датского философа К.Логструпа: "Имеем ли мы право навязывать свое понимание пациенту даже в том случае, когда мы считаем, что действуем в его интересах?" Право на знание и незнание (в выступлении - своего диагноза), принятие окончательного решения Ханссен считает неотъемлемым правом пациента, которое следует уважать [4].

Право пациента принимать решения, касающиеся его здоровья, бессмысленно, пока он не располагает достаточным объемом информации для принятия такого решения. Это выражает его право на знание. Это право с этической и юридической точки зрения важнее опасений врача, что пациент испугается возможного риска и по этой причине откажется от полезного медицинского лечения. Вербальное согласие пациента, данное после того, как планируемая процедура полностью объяснена, более веско, чем формальное больничное согласие, подписанное с минимальными или нулевыми знаниями о процедуре [5]. Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распространенным правовым и этическим нигилизмом наших специалистов интенсивного этапа лечения, для которых проблема информирования больных вообще редко подвергается рефлексии.

Получение информированного (компетентного) согласия является практической стороной уважения врача к семье ребенка. Даже когда в отношениях между врачом родителями преобладал патернализм, существовала законодательная обязанность получения согласия законного представителя ребенка на проведение медицинских процедур.

Начиная индукцию в наркоз, анестезиолог изменяет сознание пациента и в той или иной степени лишает его автономности. Две взаимосвязанные сущности человека, психологическая и физиологическая, функционально оказываются разделенными, пациент не свободен в выражении или действии, а в случае ребенка его представители лишены возможности это сделать. Беря на себя ответственность за пациента, анестезиолог вступает в договор – созданный в ходе общения до наркоза – договор, подразумевающий защиту психологической сущности посредством ухода за сущностью физиологической [6]. Как в этом случае быть с этикой?

На наш взгляд, дело должно обстоять следующим образом. Введение в наркоз часто сравнивают со сном. Сравнивая наркоз со сном, мы убеждаем пациента в обратимости

анестезии [7]. В ходе индукции необходимо общение на мягких, спокойно-гипнотизирующих тонах. Так как звук усиливается при расслаблении мышц, контролирующего напряжение барабанной перепонки, искажение звука в сочетании с растормаживанием может провоцировать волну страха. Там, где проводится анестезия, должна быть тишина. Для ребенка анестезиолог может использовать гипнотические сказки или фантазии.

При всем разнообразии подходов сотрудничество врача больного и его семьи состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

Поддержка – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным больному. Обычно это само собой разумеется и не требует никаких доказательств; однако бывают случаи, когда родители ребенка отнюдь не уверены, что врач отстаивает его интересы.

Понимание – такое состояние, когда родители больного ребенка уверены, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает.

Уважение подразумевает признание ценности ребенка и сопровождающего родителя как индивида и важности его забот.

Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, его родителей, взглянуть на мир их глазами.

Таким образом, сотрудничество врача и родителей больного – необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Обычно установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами больные стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

Родители, с которыми в процессе лечения трудно наладить отношения, условно можно отнести к категориям:

-родители, не склонные к сотрудничеству с врачом; родители, имеющие цели, отличные от лечения;

- родители, с которыми трудно наладить взаимопонимания; родители, доверительные отношения с которыми мешают процессу лечения.

Далеко не все родители, обращающиеся к врачу, склонны сотрудничать с ним и верят, что врач хочет и может им помочь. Такие родители не готовы к установлению сотрудничества в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительное отношение как на замаскированное

стремление не дать им получить “настоящую” помощь. Иногда это выражается открыто: “Я врачам не верю”.

Распознать родителя скептически настроенного по отношению к врачам, обычно не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее.

Тем не менее, важно уметь отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами. Скорее всего, на них большее впечатление произведут не слова, а действия. В подобных случаях, как и во многих других, потенциально конфликтных ситуациях, полезно дать родителю понять, что его внимательно выслушали. Иногда обойти острые углы простые реплики типа: “Я Вас внимательно слушаю”, или “Я кое-что предложу, но решать Вы, конечно, будите сами”.

Особую категорию составляют родители, имеющие цели, отличные от лечения. Доверительные отношения с врачом, они стремятся использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Такие родители, в отличие от предыдущих обычно выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Это такой тип ситуаций, при которых возможно злоупотребление доверием врача, - когда болезнь ребенка приносит родителю определенные выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит какую-то пользу, и в результате родитель стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии.

Наконец, еще один редкий тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать “сутяжным”. Несмотря на то, что родители с изначальной установкой на предъявление судебного иска встречаются крайне редко, врач должен уметь их распознавать. Важно подчеркнуть, что в большинстве своем судебные иски вызваны именно конфликтными отношениями. И главное следовать совету юристов – предельно четкая документация.

Родители, с которыми в процессе лечения трудно наладить взаимопонимание, несмотря на обоюдное стремление к нему, могут быть разного склада, но обычно это люди, чья личность не вызывает у нас интереса. Однако врач не должен позволять себе такой субъективности. Родителей, с которыми часто возникают трудности, в установлении сотрудничества условно можно разделить на три типа: «настырные», «бывалые» и «хронически недовольные».

«Настырные» умеют обосновать свои самые бессмысленные требования.

«Бывалые» интенсивно пользуются медицинской помощью и медицинской информацией, и в общении с врачом назойливо проявляют свою компетентность, что вызывают раздражение и досаду.

«Хронически недовольные» изводят врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности, недостаточности, поверхностности применяемого обследования и лечения.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами родителей. «Настырному» родителю следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание их ребенка, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования.

«Бывалых» следует тактично «ставить на место», разъясняя, что бессистемная эрудиция не заменяет профессионального опыта.

Столкнувшись с «хронически недовольными» родителями, лучше всего признать неутешительное состояние ребенка, разделить их пессимизм и обратить свое внимание, скорее на установление с ними хороших отношений, чем на разъяснение какой-то определенной программы лечения – в нашем случае варианта анестезии. И лишняя детализация предстоящей процедуры с неизбежностью приведет к разрыву.

Таким образом, своевременно распознав в больном склонность к тому или иному типу поведения врач более объективно может предвидеть ход развития взаимоотношений с пациентом и избежать нежелательного для процесса выздоровления больного развития событий.

Наконец, необходимо признать, что доверительные отношения с родителями иногда мешают объективно взглянуть на ситуацию и понять реальный ход вещей. Из-за высокой степени доверия к больному можно не заметить наркоманию у подростка, не узнать о лекарственной непереносимости или тот факт, что родители одновременно консультировались по проблеме анестезии у другого врача и получили сведения, которые противоречат вашим. Следовательно, полезно иногда показать своего больного коллеге. Его свежий взгляд часто открывает то, что вам не удалось заметить.

Наконец, обратим внимание на такой момент: говорить правду обычно считается обязанностью больного по отношению к врачу и врача по отношению к больному. Однако самое важное для врача — это сказать правду самому себе, т. е. признаться в своих недостатках и определить пределы возможностей. В этих пределах и следует ограничить сферу своей ответственности. Устанавливая уровень своих профессиональных притязаний, легче определить, на что следует тратить время, которого всегда не хватает.

Практическая работа неизбежно отнимает все наше время и еще чуть-чуть. Умение устанавливать пределы возможного и эффективно распределять свои силы очень важно для врача, особенно – работающего на интенсивном этапе лечения.

В итоге просматривается новая модель построения отношений в системе ребенок – родители – врач, которую следовало бы назвать адаптивной. Обладая определенным информационным «буфером компетентности», содержащим психологические и социальные знания и умения, клинический и правовой опыт, анестезиолог может выстроить индивидуальную для каждого случая линию поведения.

Врачи интенсивной терапии давно научились уживаться с родителями, не слушающими их советов. Теперь они учатся работать с родителями, которые не просто высказывают просьбы, но отдают приказы. Если есть выбор, он должен быть больному предоставлен, но иногда врач в силу своего долга вынужден бесстрастно сказать “нет” его законному представителю.

Взаимоотношения врача, ребенка и его родителей остаются основой педиатрической практики. Врачи и родители ребенка должны стремиться к сотрудничеству, делиться своими сомнениями и говорить друг другу правду. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса [8]. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с ребенком и его родителями.

Список литературы

1. Левит А.Л. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области. / Интенсивная терапия 2005. № 1 (1), с. 15-22.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
3. Бартко А.Н. К вопросу о самоопределении личности: актуальные проблемы в биомедицинской этике. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск № 10. М., 1994 г., стр. 170.
4. Научно-практический комментарий уголовного кодекса Украины от 5 апреля 2001 года / Под ред. Н.И. Мельника, Н.И. Хавронюка. – К.: Канион, А.С.К., 2002. – 1216 с.
5. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R: A model of empathic communication in the medical interview. JAMA 1997; 277: 678-82.
6. Lube GH, Kerssens C, Phaf H, Sebel PS: Dependence of explicit and implicit memory on Hypnotic state in trauma patients. Anesthesiology 1999; 90: 670-80.

7. Nicholson SC, Schreiner MS, Watcha MF: Preoperative preparation of the child for anesthesia. Am J Anesth 1996; 23: 157-62.
8. Naisbitt J. Megatrends. New York: Warner Books, p.35, 1984.

Елькин Игорь Олегович – д.м.н., анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Набойченко Е.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

В статье описаны результаты эмпирического исследования, направленного на выявления проблемных областей в познавательной сфере гиперактивных детей, а так же сформулированы рекомендации учителям по работе с такими учащимися. У детей младшего школьного возраста с СДВГ низкий уровень концентрации внимания, мышление циклично, информацию запоминают фрагментарно. Так же учащиеся эмоционально неуравновешены. Выраженные нарушения в сфере познавательных процессов у детей с СДВГ связаны с расстройствами слухового гнозиса. Эти нарушения проявляются в неспособности правильно оценить звуковые комплексы из серии последовательных звуков, невозможностью их воспроизведения и недостатками зрительного восприятия, на которое влияют сиюминутные импульсы. Однако, вследствие неустойчивости внимания наблюдаются пробелы в усвоенном материале

Ключевые слова: познавательная сфера, младший школьный возраст, синдром дефицита внимания, гиперактивность.

Features of informative sphere of primary school children with attention deficit hyperactivity disorder

Naboichenko E.S.

Urals State Medical University, Ekaterinburg, Russia

The article describes the results of an empirical study to identify problem areas in the field of cognitive hyperactive children, and also makes recommendations for teachers to work with these students. At primary school children with ADHD low level of concentration of attention, thinking in cycles, the information is stored in fragments. As students emotionally unbalanced. Severe violations in the field of cognitive processes in children with ADHD are associated with disorders of the auditory gnosis. These disorders are manifested in the inability to properly assess the sound systems in a series of blasts in succession, the inability to play and disadvantages of visual perception that is influenced by momentary impulses. However, there are gaps in the assimilation of the material from the mental instability.

Keywords: cognitive sphere, younger school age, attention deficit disorder, hyperactivity

Введение

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в наше время является самым распространенным расстройством развития в детском возрасте. В 2004 г. Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) признала синдром дефицита внимания и гиперактивности проблемой номер один в сфере охраны здоровья детей. Число детей с данным диагнозом постоянно возрастает (И. П.

Брызгунов, Е. В. Касатикова, Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко, О. И. Политика). Актуальность проблемы можно проследить и по нарастающему интересу ученых к синдрому дефицита внимания и гиперактивности [1].

Появилась острая необходимость разработки новых методологических подходов и практических средств, призванных повысить эффективность воспитания и обучения детей с синдромом гиперактивности. Изучение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью сегодня приобретает важное значение, поскольку практически каждый второй и третий ребенок старшего дошкольного и младшего школьного возраста либо имеет официальный диагноз, либо показатели гиперактивности, гипервозбудимости, дефицита внимания. Диагностика свойств внимания и поведенческих характеристик таких детей чрезвычайно затруднена в силу особенностей их психического, моторно-двигательного, речевого развития, а также социальных предпосылок, не благоприятствующих адекватному формированию ребенка. Также актуальной является тема коррекции детей с признаками гиперактивности, с выраженными симптомами синдрома дефицита внимания с синдромом гиперактивности [2].

Объект исследования – познавательная сфера младшего школьника.

Предмет исследования - особенности познавательного развития младших школьников с синдромом гиперактивности.

Цель исследования: изучить особенности познавательного развития младших школьников с синдромом гиперактивности.

Гипотеза эмпирического исследования заключается в предположении о том, что: существуют особенностей познавательного развития младших школьников с синдромом гиперактивности: такие, как цикличность умственной деятельности, несформированность произвольности, слабым уровнем развития внимания, памяти при сохранности интеллекта и среднем уровне развития мышления.

Для решения поставленных задач и проверки сформулированной гипотезы применялись следующие методы: методы системного подхода, дифференциальный подход в исследовании познавательного развития, обобщения зарубежного и отечественного опыта по проблеме гиперактивности; метод анкетного опроса, психодиагностическое тестирование. С целью установления достоверности полученных данных, использовались методы математико-статистической обработки данных. Были применены следующие методы: метод определения средних, ошибок средних, параметрический и непараметрический методы сравнения двух независимых и зависимых выборок (t-критерий Стьюдента), корреляционный анализ по методу Пирсона

Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерной программы Excel for Windows.

Эмпирическая база исследования.

Исследование проводилось на базе муниципальных бюджетных образовательных учреждений средних общеобразовательных школ №1, 10, 18 города Екатеринбурга. Объем выборки составил 70 человек, учащиеся 1-х – 2-х классов.

Исследователи, занимающиеся вопросом гиперактивности, выделяют три основных критерия проявления СДВГ. К данным критериям относятся такие, как,

- во-первых, гиперактивность, которая проявляется как избыточная двигательная активность, беспокойство и суетливость, многочисленные посторонние движения;

во-вторых, дефицит внимания, который проявляется в виде трудностей его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое;

- в-третьих, импульсивность, выражающаяся в том, что дети большую часть времени действуют, не подумав, спонтанно, не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать. Гиперактивный ребенок испытывает массу трудностей. Например, у него возникают проблемы в двигательной сфере, нарушение двигательной координации, а также несформированность мелкой моторики. Причем двигательная активность наблюдается у ребенка не только во время бодрствования, но и во время сна. Помимо проблем с активностью, гиперактивный ребенок сталкивается еще и с трудностями в обучении, например, в освоении чтения, письма, счета. Как показывают последние исследования, у таких детей обнаруживается задержка в психическом развитии на 1,5 – 1,7 года. Но и это еще не все, перечислим еще некоторые трудности, которые сопутствуют СДВГ – слабое развитие тонкой моторной координации; беспорядочные, неловкие движения; постоянная внешняя «болтовня», которая указывает на недостаток развития внутренней речи, выполняющей функцию контроля социального поведения; трудности планирования; слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах; низкая самооценка; упрямство, лживость, вспыльчивость и агрессивность. А агрессивность, как правило, формируется из-за непонимания со стороны окружающих [3].

Что касается умственной деятельности, то и она имеет некоторые специфические особенности, такие, как цикличность, т.е. продуктивность работы 5-15 минут, после чего мозгу необходимо отдохнуть 3-7 минут и накопить энергию, и именно, в этот момент ребенок начинает отвлекаться и перестает реагировать на воспитателя. Для того чтобы

сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности [4].

Степень разработанности проблемы. Вопросом СДВГ занимались такие отечественные и зарубежные ученые, как А.Л.Сиротюк, Л.С.Чутко, Н.Н. Заваденко, Г.Б. Моница, Е. Лютова-Робертс, В.М.Трошин, А.М.Радаев, Ю.С.Шевченко, Л.А.Ясюкова, Р. Перрон и др.[5].

Экспериментально-психологическое исследования включает в себя проведение и анализ:

1) метода наблюдения, направленного на изучение внешних проявлений СДВГ в поведении;

2) метода беседы, направленного на получение информации при помощи вербальной коммуникации, а также на установление эмоционально-доверительных взаимоотношений с детьми;

3) метода тестирования, направленного на выявление индивидуальных особенностей когнитивно-познавательной сферы дошкольников с СДВГ: методика «Чего не хватает на рисунке», направленная на исследование особенностей восприятия; методика «Домик» направленная на изучение уровня развития произвольной сферы детей; ориентировочный тест школьной зрелости А. Керна - Я. Йирасека, направленный на исследование интеллектуальной сферы; методика «Лесенка», направленная на выявление особенностей самооценки; методика "Корректирующая проба" (тест Бурдона) предназначена для изучения степени концентрации и устойчивости внимания; методика "Таблицы Шульте" предназначена для определения устойчивости внимания и динамики работоспособности; методика 10 слов, предназначенная для исследования слуховой памяти; методика Д. Векслера, направленная на изучение зрительной памяти; методика "Толкование пословиц" предназначена для исследования уровня мышления; заполнение таблицы «Критерии выявления гиперактивности у ребенка», разработанные американскими психологами П. Бейкер и М. Алворд [6].

По результатам проведенного исследования, было установлено, что в группе у детей с выраженным симптомом гиперактивности является показатель V скорости внимания, а по показателю К –концентрации значимых различий в исследуемых группах не обнаружилось.

Младшие школьники с симптомами гиперактивности менее послушны, более склонны к риску, более тревожны, напряжены, более общительны. А младшие школьники контрольной группы имеют более высокие показатели сформированности вербального интеллекта, владеют на хорошем уровне логическими и математическими операциями,

проявляют легкость в усвоении знаний, меньшую нервную возбудимость и напряженность.

Младшие школьники с симптомами гиперактивности испытывают трудности в сосредоточении и удержании внимания, и объясняется, данный факт повышенной отвлекаемостью (в том числе на незначительные стимулы), и истощаемостью вследствие церебральной астении и отсутствием достаточной мотивации. Выраженные нарушения в сфере познавательных процессов у детей с СДВГ связаны с расстройствами слухового гнозиса. Эти нарушения проявляются в неспособности правильно оценить звуковые комплексы из серии последовательных звуков, невозможностью их воспроизведения и недостатками зрительного восприятия, на которое влияют сиюминутные импульсы. Однако, вследствие неустойчивости внимания наблюдаются пробелы в усвоенном материале.

Интеллектуальная деятельность ребенка с СДВГ циклична: произвольная продуктивная работа не превышает 5-15 минут, после чего теряется контроль над дальнейшей умственной активностью, когда в течение 3-7 минут мозг накапливает энергию для следующего рабочего цикла. В период восстановления ребенок перестает понимать, осмысливать и перерабатывать информацию, поэтому ребенок может не помнить, что он в это время делал, и не замечать таких перерывов.

По результатам корреляционного анализа по методу Пирсона выявлено: импульсивность как одна из черт характера связана с низким уровнем концентрации внимания, выражается в тенденции действовать без сознательного контроля, руководствуясь внешними обстоятельствами, спонтанными эмоциональными переживаниями; тревожность как индивидуально-психологическая особенность младших школьников с синдромом гиперактивности связана с показателями общительности (А+), осторожности (F-), робости (Н-); обратная связь между концентрацией внимания и самоконтролем (Q3-), слабая концентрация внимания свидетельствует о затруднениях в самоконтроле, планировании деятельности, эмоций и поведения младших школьников с синдромом гиперактивности.

Таким образом, в результате проведенного исследования изучены и установлены особенностей познавательного развития младших школьников с синдромом гиперактивности, даны рекомендации по работе с младшими школьниками с симптомами гиперактивности. Коррекционную работу с гиперактивными детьми необходимо строить на основе комплексной диагностики, учитывая индивидуальные, социальнопсихологические и средовые аспекты развития младшего школьника.

Практические рекомендации учителям гиперактивного ребенка.

Школьная программа коррекции гиперактивных детей должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении:

1. Изменение окружения:

- работу с гиперактивным ребенком стройте индивидуально. Гиперактивный ребенок всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;
- оптимальное место в классе для гиперактивного ребенка - первая парта напротив стола учителя или в среднем ряду.
- измените режим урока с включением физкультминуток;
- разрешайте гиперактивному ребенку через каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса;
- предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью в случае затруднения;
- направляйте энергию гиперактивных детей в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и т. д.

2. Создание положительной мотивации на успех:

- введите знаковую систему оценивания;
- чаще хвалите ребенка;
- расписание уроков должно быть постоянным;
- избегайте завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ;
- вводите проблемное обучение;
- используйте на уроке элементы игры и соревнования;
- давайте задания в соответствии со способностями ребенка;
- большие задания разбивайте на последовательные части, контролируя каждое из них;
- создавайте ситуации, в которых гиперактивный ребенок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе по некоторым областям знаний;
- научите ребенка компенсировать нарушенные функции за счет сохранных;
- игнорируйте негативные поступки и поощряйте позитивные;
- стройте процесс обучения на положительных эмоциях;
- помните, что с ребенком необходимо договариваться, а не стараться сломить его!

3. Коррекция негативных форм поведения:

- способствуйте элиминации агрессии;
- обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения;
- регулируйте его взаимоотношения с одноклассниками [7].

4. Регулирование ожиданий:

- объясняйте родителям и окружающим, что положительные изменения наступят не так быстро, как хотелось бы;

- объясняйте родителям и окружающим, что улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения.

1. Посадите такого ребенка перед собой, подальше от отвлекающих предметов (например, окна). Ребенку с СДВГ просто необходимо ваше присутствие рядом, контакт в глаза, невербальные знаки вашего внимания и поощрения (погладить по голове, похлопать по плечу). Так будет намного проще контролировать поведение ребенка, имеющего проблемы с эмоционально-волевым контролем.

2. Нельзя усаживать вместе двух гиперактивных детей. Ребенок с СДВГ нуждается в постоянных напоминаниях, подсказках для направления поведения в нужное русло. Периодически «включайте» внимание ребенка хлопком в ладоши, поднятием руки, звонком

3. Проводите опрос такого ребенка в начале урока, в начале учебного дня, в начале рабочей недели. Для таких детей характерны «качели настроения», «качели успеваемости», которые мало зависят от них, но сильно зависят от того, насколько интересно для них вы излагаете учебный материал. Творчески подходите к преподаванию материала. Сохраните и пытайтесь развить желание учиться.

4. Позвольте ребенку на уроке подвигаться, давайте ему поручения, связанные с движением (вытирать за каждым с доски, принести журнал, полить цветы, сходить за мелом). После этого на какое-то время он снова сможет сидеть спокойно.

5. Позвольте ребенку крутить в руках на уроке ластик или резиновое кольцо. Таким образом ребенок «включает» свои когнитивные функции. Это намного лучше, чем грызть ногти или ручку. Большинство детей с СДВГ тактильно-кинестетически воспринимают информацию.

6. Позвольте уменьшить объем письменных заданий на уроке и домашних заданий для такого ребенка. Станет легче вам, ребенку и его родителям.

7. Объясните другим ученикам трудности в обучении ребенка с СДВГ. Этим вы предупредите негативное отношение других детей и не сформируете ощущения «особого» положения ребенка с СДВГ.

8. Поддерживайте позитивные отношения с ребенком. Не забывайте лично поприветствовать, спросить «как дела?», «как прошли выходные?». Дети с СДВГ особо

чувствительны к доброму отношению к ним, так как имеют чаще заниженную самооценку. Избегайте унижающей критики, особенно в присутствии других детей. Как учитель, не допускайте того, чтобы ребенок поверил, что он «плохой». Такие дети больше других склонны к суициду.

9. Помните, что похвала намного эффективнее замечаний в дневник. Попробуйте ставить «смайлики» за хорошее поведение. Научить замечать это хорошее поведение у ребенка.

10. Верьте в него, возможно из него получится выдающийся артист, врач, журналист или конструктор. Такие дети крайне креативны. Помогите раскрыть и развить их способности.

11. Постарайтесь набраться терпения и мужества и сохранить сотрудничество с родителями таких детей, тем самым вы поддержите авторитет школы. Возможно, перевод в другую школу решит ваши проблемы, но не проблемы ребенка [8].

Заключение

Таким образом, разработанные рекомендации для педагогов позволят скорректировать гиперактивность в условиях школы. Проблема распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью актуальна не только потому, что является одной из современных характеристик состояния здоровья детского организма. Необходимость изучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) обусловлена тем, что данный синдром – одна из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте.

Список литературы

1. Феоктистова Т., Оконешникова А.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у дошкольников и младших школьников // Развитие науки и образования в современном мире Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 6 частях. ООО "АРКонсалт". 2015. С. 50-51.
2. Билгетекин А.А., Могильникова Т.С. Особенности эмоциональной сферы младших школьников с признаками синдрома дефицита внимания и гиперактивностью // Герценовские чтения. Начальное образование. 2012. Т. 3. № 1. С. 119-125.
3. Бабич Е.Г., Савченко Д.В. Когнитивная сфера и интеллект у дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Научный альманах. 2015. № 9 (11). С. 14.

4. Мичурина Ю.А., Никулина А.А. Гиперактивность у детей дошкольного возраста как психолого-педагогическая проблема // Международный студенческий научный вестник. 2015. № 5-2. С. 255-257.
5. Петрова В.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: причины, основные методы лечения // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2015. № 43. С. 30-34.
6. Семакова Е.В., Скрипка Т.С. Активизация креативного потенциала в психолого-педагогическом сопровождении школьника с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1. С. 1581.
7. Брук Ж.Ю. Гиперактивность младшего школьника как фактор неуспешности в обучении в условиях массовой общеобразовательной школы // В сборнике: Наука, образование, общество: актуальные вопросы и перспективы развития Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 30 мая 2015 г.: в 3 частях. ООО "АР-Консалт". Москва, 2015. С. 132-134.
8. Богданова Т.В., Герфорт А.А. Особенности организации работы с гиперактивными дошкольниками // В сборнике: Новые технологии в образовании Материалы XVI Международной научно-практической конференции. Центр научной мысли. Москва, 2014. С. 354-358.

Набойченко Евгения Сергеевна - доктор психологических наук, профессор, декан факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3 e-mail dhona@mail.ru

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ, ИМЕЮЩИХ «ОСОБЫХ» ДЕТЕЙ

Носкова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Статья посвящена арт-терапевтической помощи родителям, имеющих «особых» детей. Родители таких детей часто испытывают различные трудности, что может привести их к дезорганизации, неадекватному оцениванию состояния ребенка, нервно-психической неустойчивости, ощущения усталости, в том числе физической, эмоциональное истощение, нормативные стрессы, тревогу. Поэтому требуется оказание своевременной психологической помощи родителям. Оказание психологической помощи родителям с применением различных арт-терапевтических направлений – экологичный, безопасный и эффективный метод работы. В статье представлены различные направления арт-терапии.

Ключевые слова: родители, имеющие «особых» детей, арт-терапевтическая помощь, арт-терапевтические техники.

Art therapeutic directions in psychological help parents with «special» children

Noskova M.V.

Federal state-funded educational institution of the higher education

«Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

Article is devoted to the art and therapeutic help to parents, the having "special" children. Parents of children often experience various difficulties that can lead them to disorganization, inadequate estimation of a condition of the child, psychological instability, feeling of fatigue, including physical, emotional depletion, standard stresses, alarm. Therefore rendering timely psychological assistance to parents is required. Rendering psychological assistance to parents using various art and therapeutic directions – an eco-friendly, safe and effective method of work. In article various directions of art therapy are provided.

Keywords: the parents having "special" children, the art and therapeutic help, art and therapeutic technicians.

Семья – сложное, значимое социальное образование. Она является главным общественным институтом, который играет важную роль, как для каждой личности, так и социума. Для реализации функций семьи и повышения её качества жизни были созданы и описаны необходимые жизненные условия, представленные в концепции государственной семейной политики Российской Федерации на период до 2025 года. Значимыми её концептуальными особенностями являются то, что сегодня стабилизация и поддержание укоренившихся семейных ценностей семьи рассматривается в виде опоры нашего социума. Государство заинтересовано в благополучной семье. Ведь от их благополучия зависит благополучие страны в целом.

Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. N 996-р утверждена Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года, определяющая воспитание детей как стратегический общенациональный приоритет, требующий консолидации усилий различных институтов гражданского общества и органов управления на федеральном, региональном и муниципальном уровнях [1].

Социальный заказ, определяющий приоритетные направления семейной политики, векторы развития прикладных аспектов психолого-педагогической науки, подчеркивает важнейшую роль семьи в развитии личности, подготовке подрастающих поколений к труду и родительству. Повышение воспитательного потенциала семьи в современном российском обществе требует усиления влияния семьи как системы, формирования эффективного отцовства и материнства, использования эффективных воспитательных практик, технологий семейного воспитания, оптимизации методов взаимодействия родителей с детьми [2].

Воспитание детей – это сложная, ответственная и системная деятельность со стороны родителей. Но ещё большую сложность приобретается, когда семья имеет «особого» ребенка. Это серьезное испытание для всей семьи. Впервые узнав о диагнозе ребенка и осознав эту информацию, родители начинают приспосабливаться к сложившейся ситуации в силу своих возможностей и индивидуальных способностей [3].

Семья – малая группа, первая ячейка общества, где закладывается личность ребенка, формируются характерологические черты, адекватность самооценки, коммуникационное взаимодействие. Современные работы показывают, что чем интенсивнее показывается неблагополучное состояние в семье, тем ярче проявляются нарушения в развитии ребенка. Между родителями и такими детьми взаимоотношения проявляются не всегда однозначно и имеют различные ответные реакции. У родителей можно наблюдать дезорганизацию, неадекватное оценивание состояния ребенка. Они испытывают нервно-психическую неустойчивость, ощущают усталость, эмоциональное истощение, хронические стрессы, тревогу. Когда индивидуально-личностные и поведенческие качества ребенка не соответствуют родительским ожиданиям – может повлечь за собой раздражительность, неудовлетворенность, нарушению детско-родительских отношений. Чаще всего такие родители отказываются от общения и предпочитают одиночество.

Родителей можно классифицировать по личностным особенностям:

1 группа – это *импульсивные родители, отличающиеся нетерпимостью, склонностью к риску, высоким уровнем притязаний. В ситуациях стресса они ведут себя активно. Особенно в первые годы жизни своего ребенка они много времени и сил тратят на поиск*

самых лучших врачей и специалистов. С течением времени их силы направляются на поиски наилучших педагогов, учителей, логопедов, психологов. Они отвергают бесперспективность собственного положения, что, в сочетании с импульсивностью, является причиной неадекватных форм поведения. Их могут раздражать недостатки ребенка (внешние данные, отсутствие опрятности, не владение навыками самообслуживания и т.д.). Может проявляться необоснованная жестокость (окрик, физическое наказание) к своим детям.

2 группа связана с *пессимистическими личностями*. Как правило, у родителей наблюдается переживание, связанное с осознанием неразрешимости как собственных проблем, так и проблем, связанных с детьми. Для них любая ситуация рассматривается как безысходная. Депрессивные настроения могут быть длительными. Повышенное чувство вины перед своим ребенком снижает активность родителей и лишает их возможности взаимоотношений. Таким образом, возникает коммуникативный барьер между микросоциумом (семьей) и социумом.

3 группа родителей характеризуется *сверхконтрольностью*, проявляющаяся в высоком уровне контроля над собственным поведением, умением подчиняться определенным требованиям. Проблемы, которые волнуют их в первую очередь, кроме здоровья ребенка, касаются собственного самочувствия и межличностных отношений. Состояние своего здоровья такие родители рассматривают как результат перенесенных переживаний из-за болезни ребенка.

4 группа – тревожные семьи. Тревожность рассматривается как устойчивое качество личности. Свойственна высокая восприимчивость, повышенная чуткость к напряженности, опасности. Проявляются тесные, эмоциональные взаимоотношения между детьми и родителями. Эта эмоциональная привязанность проявляется в конфигурации чрезмерной родительской опеки, а это, в свою очередь, лишает ребенка самостоятельности и незасимости.

Разнообразные последствия воздействия трудностей на семью можно подразделить по тому, на какие сферы жизни семьи они, прежде всего, оказывают неблагоприятное влияние: нарушение воспитательных функций семьи, супружеские отношения и т.п. Сложности в контакте с ребенком, проблемы ухода и воспитания, невозможность самореализации – все это ведет к нарушению в воспитании ребенка. Состояние ребенка воспринимается как препятствие, искажающее удовлетворение потребности в отцовстве и материнстве [4]. Поэтому для таких родителей необходимо своевременное психологическое содействие со стороны специалистов. В свою очередь разрабатывать и

внедрять обучающие программы, обращенные на проработку чувственной, мотивационной, поведенческой и когнитивной сферы.

Теоретический обзор литературы показывает, что данными вопросами занимались Т.А. Добровольская, Дегтярева О. И., В.В. Ткачева, Н.Б. Шабалина и др.

Одним из направлений психологической помощи родителям, имеющих «особого» ребенка является арт-терапевтическая работа. Практико-ориентированная задача состоит в организации системы арт-терапевтической работы, направленной на преодоление комплексного влияния «экстремальной среды», ослабление последствий психотравмирующих переживаний, негативных установок. Поскольку арт-терапия способствует высвобождению чувств раздражения, обиды, отчаяния и др., логично предположить, что свободное выражение спонтанных переживаний в невербальном семиотическом поле с использованием художественных материалов откроет новые ресурсы в дополнение к вербальным способам психологической помощи [5].

Арт-терапия представляет разные направления: рисуночная терапия (лечебное воздействие техник изобразительного искусства), игровая терапия (лечебное воздействие через моделирование и проигрывание ситуаций), сказкотерапия, музыкотерапия (лечебное воздействие через восприятие музыки), цветотерапия (лечебное воздействие через цветовую гамму), коллажирование (например, составление коллажа «Я и мой ребенок»).

Важнейшими целями арт-терапевтических направлений являются:

- акцентирование на осознание родителей на эмоционально-чувственную сферу;
- организация благоприятной, доверительной обстановки, содействующая вербализации и проработке мыслей и чувств;
- содействие родителям высвободить как позитивные, так и негативные чувства, эмоции.

Арт-терапевтические техники можно проводить как в индивидуальной, так и групповой форме.

Также важно рекомендовать родителям выполнение различных домашних заданий с последующей рефлексией. В качестве таких заданий могут выступать написание самоотчетов, письмо своему ребенку, ведение дневников, составление сказки на проработку проблемы, нарисовать подарок ребенку, рисование историй и т.д.

Преимуществом таких техник является «мягкое» психотерапевтическое и психокоррекционное влияние на личность родителя. Они направлены на осознание эмоциональных состояний, творческое самовыражение, укрепление психического

здоровья, получение психологической поддержки, гармонизацию внутреннего состояния, подъем самооценки. Арт-терапевтические техники с одной стороны, способствуют изменению психических состояний в сторону улучшения, уверенности в себе, а, с другой – снижают напряженность, тревожность, фрустрированность.

Вышеизложенный материал подтверждает, о необходимости создания арт-терапевтических групп для родителей в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в условиях стационара. Психологическая помощь с использованием арт-терапевтических техник – созидательный процесс, позволяющий осознание родителем, как себя, так и дитя, проявление эмоции, снижение волнения. Эти техники сконцентрированы на коррекцию когнитивной, регулятивной и эмоционально-чувственной сфер личности, а также формирование компетентного родительства.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. N 996-р г. Москва «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года»
2. Токарева Ю.А., Носкова М.В., Свеженцева Е.А. Феномен современного отцовства: монография. – Екатеринбург: Уральская государственная медицинская академия, 2014. – 285 с.
3. Дегтярева О. И. Созависимость как дисфункциональный способ решения проблем семьи, имеющей «особого» ребенка. Социальное обслуживание семей и детей: научно- методический сборник. Изд-во: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. № 6. С.80-86
4. Целевич Т.И., Белобородова Е.А. Теория и практика психосоциальной работы: учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2013. – 352 с.
5. Лебедева Л.Д. Восстановительная арт-терапия эмоциональных состояний онкобольных //Л.Д. Лебедева // Клиническая и специальная психология, 2012. № 3.

Носкова Марина Владимировна - кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России. адрес: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д.3. каб.223, раб тел. 8(343) 214-87-91, mn66@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ДООПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Чалый С. С.

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
факультет клинической психологии и сестринского дела, кафедра клинической психологии.*

Основной целью исследования являлось изучение особенностей психической адаптации пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период. Были изучены мотивация к успеху, мотивация к избеганию неудач, готовность к риску. Проведена оценка выраженности тревожных и депрессивных нарушений. Исследованы используемые когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-механизмы. Основным результатом данной работы является возможность применить результаты данного исследования для повышения степени адаптации пациентов кардиохирургического профиля, к изменившимся в связи с болезнью условиям жизни и как следствие более успешно реабилитироваться.

Ключевые слова: адаптация, психика, кардиохирургия, операция, реабилитация.

Features of mental adaptation in patients of the cardiosurgical profile in the preoperative period

Chalyy S. S.

*Federal State Educational institution of higher education
«Ural State Medical University»
Ministry of Health of the Russian Federation,
Faculty of Psychology and Social Work and Higher Nursing Education Department of Clinical
Psychology*

The main goal of the study was to study the peculiarities of the psychic adaptation of patients of the cardiosurgical profile to the preoperative period. The motivation for success was studied, the motivation to avoid failures, readiness for risk. The severity of anxiety and depressive disorders was assessed. Cognitive, emotional and behavioral coping mechanisms are used. The main result of this work is the opportunity to apply the results of this study to improve the degree of adaptation of cardiosurgical patients, to the changed living conditions and, as a consequence, to be more successfully rehabilitated.

Keywords: adaptation, psyche, cardiosurgery, surgery, rehabilitation.

Психическая адаптация человека определяет то, насколько он приспосабливается к тем или иным изменениям ситуации, насколько эффективно существует в ней и насколько успешно ее переживает. Человек обладает биологическими, психологическими и социальными характеристиками, данные качества взаимосвязаны, имеется тесная взаимосвязь между ними. Поэтому дезадаптация человека в одной из этих сфер может привести к тому, что последует дезадаптация в одной из двух других сфер [1]. К примеру,

употребление наркотиков, возникающее, как психическая дезадаптация, приведет к проблемам не только в психической жизни человека, но и со здоровьем, а также во взаимоотношениях с социумом.

Сердечно-сосудистые заболевания являются смертельно опасными. Дезадаптация пациента в дооперационный период в любой из сфер (биологической, социальной, психической) может повлиять на то, как человек будет приспосабливаться к изменившимся условиям жизни. Пациенты могут испытывать страх смерти в связи с возможным летальным исходом во время операции или после. В дооперационный период могут проявляться как ранее приобретенные проблемы адаптации [2], так и возникающие в связи с операцией и болезнью, все они в совокупности будут влиять на адаптивные возможности человека. Поэтому работа с адаптивными и неадаптивными особенностями пациентов в дооперационный период будет определять то, как человек приспособится к ситуации операции и насколько адаптивно будет вести себя в послеоперационный реабилитационный период, что может повлиять на успешность реабилитации.

Объект: психическая адаптация пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период.

Предмет: особенности психической адаптации пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период.

Цель: выявить особенности психической адаптации пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период.

Гипотеза: в дооперационный период большинство кардио-пациентов для совладания со стрессом, будут использовать неадаптивные копинг-механизмы в эмоциональной и когнитивной сферах. Также они будут иметь слишком высокую мотивацию к успеху.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 30 респондентов. Девять женщин и двадцать один мужчина. В возрасте от 42 до 78 лет. Высшее образование у 10 человек, среднее 10 человек, среднее специальное 10 человек. Работающие 24, пенсионеры 6. В целом, среди респондентов были представители различных профессий, однако преобладали представители физически тяжелых профессий.

Критерием подбора в группу исследуемых было наличие у них приобретенного кардиологического заболевания. Не исключались пациенты по критерию возраста. Для сохранения конфиденциальности в исследовании имена пациентов заменены на цифровые обозначения.

Для исследования использовался метод клинической беседы. Также присутствовал метод наблюдения, и использовались 5 методик. Мотивация к успеху Т. Эллера. Мотивация к избеганию неудач Т. Эллера. Готовность к риску Шуберта. Копинг механизмы Хейма Э. Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии. Три из методик являются взаимосвязанными, так как исследуют смежные аспекты психики (мотивация к успеху, мотивация к защите, готовность к риску).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования были получены данные о психической адаптации пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период.

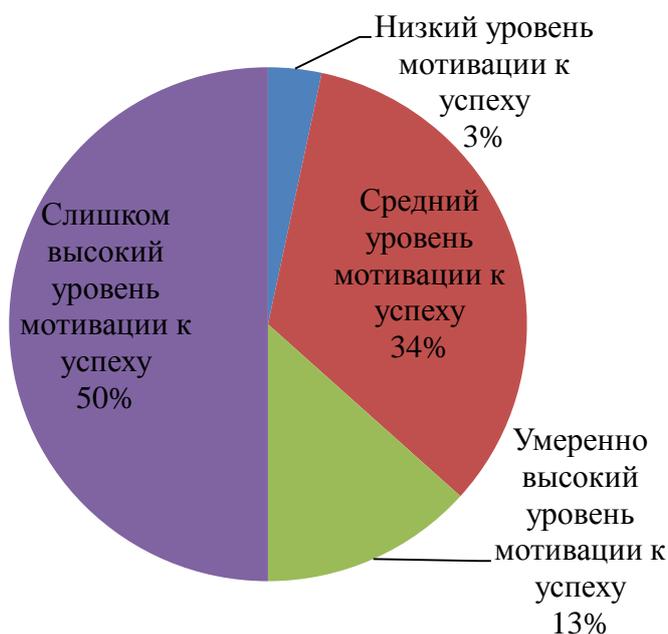


Рис. 1 Уровни мотивации к успеху у пациентов кардиохирургического профиля

Исследование мотивации к успеху показало, что 50 % пациентов имеет слишком высокий уровень мотивации к успеху, что свидетельствует о том, что они слишком мотивированы на успех (здесь и далее рис. 1). У 13 % пациентов умеренно высокий уровень мотивации к успеху. У 34 % пациентов средний уровень мотивации к успеху. У 3 % пациентов низкий уровень мотивации к успеху. Таким образом, можно говорить о том, что у данной группы пациентов уровень мотивации к успеху в целом значительно выше среднего (у 63% пациентов мотивация к успеху выше среднего).

Чрезмерная мотивация к успеху приводит к тому, что у человека завышенные ожидания своей успешности в окружающем мире. Также излишняя мотивация к успеху мешает верной когнитивной оценке ситуации, так как неадекватно выраженный эмоциональный компонент приводит к неадекватному когнитивному компоненту.

Учитывая, что излишнюю мотивацию к успеху имеют 50 % опрошенных, можно предположить взаимосвязь слишком высоких ожиданий с кардиологической патологией.



Рис. 2 Уровни мотивации к успеху у женщин

При этом слишком высокую мотивацию к успеху имеют 22.2 % женщин и 62 % мужчин, корреляция между полом и мотивацией к успеху равна $r=0.38$ (при $p=0.05$) визуальное распределение мотивации к успеху у мужчин и женщин представлено на рис. 2 и 3. Это демонстрирует взаимосвязь между полом и мотивацией к успеху, что с учетом преобладания слишком высокой мотивации к успеху у мужчин, обозначает большую дезадаптацию по данному признаку у них.

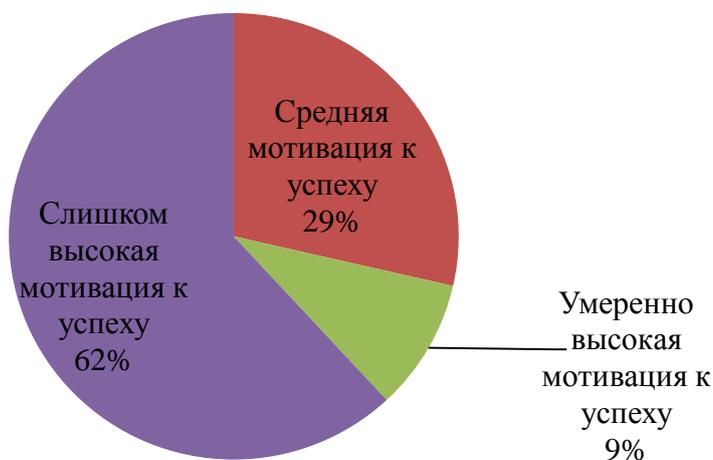


Рис. 3 Уровни мотивации к успеху у мужчин

Очень высокая мотивация к успеху приводит к высокой требовательности к себе и высоким нагрузкам, которым подвергает себя человек. Это обусловлено тем, что при слишком высокой мотивации к успеху пациентам свойственно перегружать свой организм, так как для достижения успеха они готовы подвергать себя повышенным нагрузкам, плохо сказывающимся на здоровье. Это подтверждается беседами с пациентами при обсуждении работы, они проявляли готовность к высоким нагрузкам, если это нужно для дела или так скажет начальство, в той или иной степени все пациенты с высокой мотивацией к успеху в то время, как в других группах такая готовность была значительно ниже. Также пациенты со слишком высокой мотивацией к успеху говорили о том, что хотят вернуться к работе и хотят как можно быстрее избавиться от проблем с сердцем, так как это позволит им вновь исполнять свои обязанности полноценно. Желание вернуть способность быть социально-активным и тем или иным способом работать отмечали даже возрастные пациенты. Депутат из одного поселка в возрасте 78 лет сообщил, о том, что ему сложно в связи с возрастом работать и помогать жителям своего поселка, однако они доверяют ему еще со времен советского союза, когда он был председателем колхоза, и просят его остаться снова и снова, а он хочет им помогать.

Мотивация к избеганию неудач рис. 4. Уровень мотивации к избеганию неудач у 33% пациентов слишком высокий, что свидетельствует о том, что они прибегают к защите чаще необходимого. Высокий уровень мотивации к избеганию неудач имеют 13 % респондентов. Средняя мотивация к избеганию неудач наблюдается у 37% пациентов. Низкую мотивацию к избеганию неудач имеют 17 % пациентов.

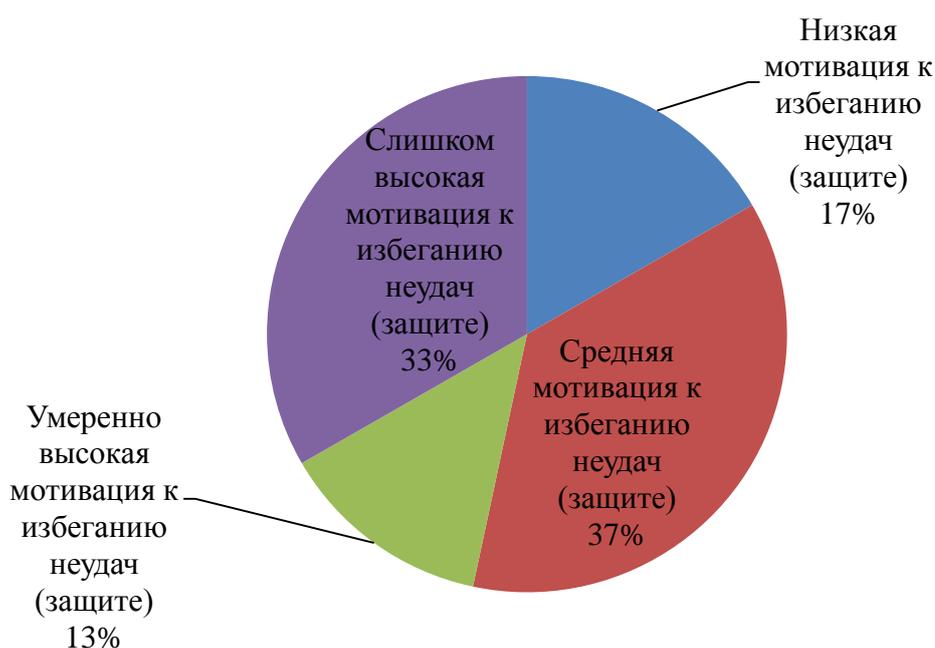


Рис. 4 Уровни мотивации к избеганию неудач у пациентов кардиохирургического профиля

Слишком высокая мотивация к избеганию неудач (защите), ведет к тому, что пациенты в некоторых случаях прибегают к защите вместо попытки решения ситуации. Для таких пациентов свойственно избегание активности в те случаях, когда в этом нет необходимости. Адаптивное поведение подразумевает избегание действий лишь в тех случаях, когда есть объективные предпосылки к невозможности добиться успеха, однако слишком высокая мотивация к избеганию неудач приводит к изменению когнитивной оценки пациента. Что в свою очередь влечет к защитному поведению в случае, когда можно было добиться успеха или адаптироваться к изменившимся условиям жизни.

Картина готовности к риску продемонстрирована на рис. 5. У 90% пациентов средний уровень мотивации к риску. Готовность к риску ниже среднего у 3.33% пациентов, готовность к риску выше среднего у 3.33% пациентов, склонность к риску также у 3.33% пациентов. Как видно из диаграммы у большинства пациентов средняя готовность к риску. Однако учитывая результаты методик, мотивация к успеху и мотивация к избеганию неудач, можно предположить, что хотя они имеют среднюю готовность к риску, их внутренняя мотивация приводит к тому, что они могут вести себя вразрез со своей готовностью к риску.



Рис. 5 Готовность к риску у пациентов кардиохирургического профиля

У пациентов различный уровень тревоги, однако, у всех 100% респондентов этот уровень в пределах нормы. Присутствуют различные уровни депрессии, однако, все пациенты в пределах нормы.

Во время исследования копинг механизмов были выявлены наиболее часто применяемые в трудных или стрессовых ситуациях когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинги. У 43.3% пациентов адаптивные когнитивные копинг-механизмы, у 56.7% неадаптивные, рис. 6

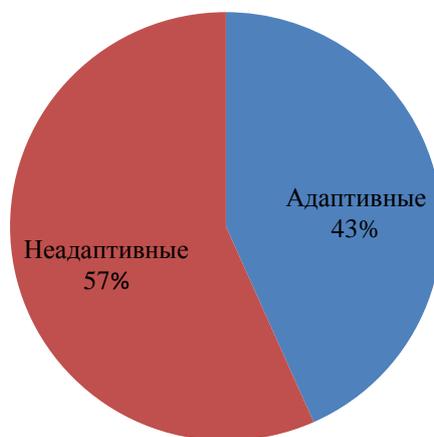


Рис. 6. Когнитивные копинг-механизмы у пациентов кардиохирургического профиля

Наиболее часто используемый копинг-механизм – «игнорирование» (неадаптивный копинг-механизм 46.7%), что приводит к недооценке серьезности ситуации в условиях, когда для здоровья и даже жизни больного критично выполнит ли он рекомендаций врача, подобное отношение может пагубно сказаться на благополучии пациентов этой группы. Также у 3.3% выявлен неадаптивный копинг-механизм – «смирение», что может приводить к отказу от борьбы с болезнью в связи с неверием в возможность улучшения ситуации у этого пациента. У 3.3% выявлен копинг-механизм – «диссимуляция», который в условиях болезни будет близок по не адаптивности к игнорированию. У 3.3% присутствует копинг-механизм – «относительность» в неадаптивном варианте проявления, что также приводит к недооценке серьезности ситуации.

Адаптивные когнитивные копинг-механизмы. «Проблемный анализ» используют 20% пациентов, а 13.3% пациентов используют копинг механизм «сохранения самообладания». В совокупности это 33.3% пациентов анализирующие возникшие трудности и варианты решения проблем, поэтому в работе с ними можно опереться на используемые ими когнитивные копинг-механизмы для борьбы с болезнью. «Относительность» в ее адаптивном варианте используют 6.7% пациентов, а также 3.3 % используют «придачу смысла», в целом эти 10% пациентов сравнивают свои проблемы с

проблемами окружающих, или придают им особый смысл и то и другое придает им сил в борьбе с болезнью, что можно рассматривать, как положительный аспект адаптации.



Рис. 7 Эмоциональные копинг-механизмы у пациентов кардиохирургического профиля

Эмоциональные копинг-механизмы. У 66.7% пациентов адаптивные эмоциональные копинг-механизмы, у 33.3% неадаптивные рис. 7. Адаптивный копинг-механизм оптимизм у 40 % респондентов, данный копинг-механизм позволяет пациентам бороться с болезнью за счёт уверенности в наличии выхода в любой ситуации. Однако при этом у 50 % пациентов с копинг-механизмом «оптимизм», также наличествует копинг механизм «игнорирования». В связи с этим нужно использовать «оптимизм», как энергоресурс для преодоления препятствий, но не позволять «игнорированию», мешать адекватности восприятия ситуации. У 3.3% наличествует копинг-механизм «протест», который в ситуации болезни также может использоваться как энергоресурс для преодоления проблемной ситуации. У 23.3% пациентов копинг-механизм «кооперации», благодаря ему пациенты разделяют ответственность в преодолении проблемы с другими людьми. В результате они полагаются на своих родственников и врачей, что при сердечных заболеваниях полезно, так как врач более хорошо разбирается в вопросе, а родственники могут помочь в период реабилитации.

У 30% пациентов присутствует неадаптивный копинг-механизм «подавления эмоций», однако в реабилитационном периоде пациент должен ориентироваться на свое самочувствие и ощущения для определения своего состояния, чему подавление своих эмоций мешает. Также 3.3% пациентов «обвиняют себя» в том, что происходит, это не способствует нахождению сил для борьбы с болезнью.



Рис. 8 Поведенческие копинг-механизмы у пациентов кардиохирургического профиля

Поведенческие копинг-механизмы. Адаптивные копинг-механизмы у 56.7% пациентов, неадаптивные у 43.3% рис. 8. «Обращение» у 16.7 пациентов, обращение за советом к другим людям позволяет расширить свой информационный багаж по решению проблемы благодаря общению с более компетентными людьми, однако нужно следить, чтобы информация была получена из достоверных источников. Поэтому желательно, чтобы этим советником являлся врач, в случае недостатка времени можно использовать современные достижения, а именно сайты, с советами врачей существующие в сети интернет. «Альтруизм» у 10% пациентов, может оказаться способом поведения адаптивным для пациента, но необходимо следить за своим здоровьем во время оказания помощи окружающим. «Сотрудничество» у 6.7%, по сути, близко к «обращению», при нем пациент обращается за помощью, что позволяет ему получить помощь родственников, это позволяет ему легче пережить послеоперационный период. «Компенсация» в адекватном варианте проявления у 10% пациентов, «конструктивная активность» у 6.7% пациентов, «отвлечение» у 6.7%. У этой группы пациентов в целом 23.3%, стратегия поведения это временное отвлечение от проблемы, чтобы отдохнуть, а затем приступить к ней с новыми силами. В целом такой подход позволяет, благодаря повышению своего психологического и физиологического комфорта, решать проблемы более эффективно.

Полностью адаптивные копинг-механизмы у 36.7 % пациентов, в работе с ними нужно опираться на их сильные стороны для преодоления стрессовой ситуации операции на сердце и послеоперационного периода (здесь и далее рис. 9). У 23.3% пациентов нет адаптивных копинг-механизмов. Поэтому в работе с такими пациентами невозможно опираться на их копинг механизмы и придётся работать с другими аспектами адаптации.

У 40% пациентов есть, как адаптивные, так и неадаптивные копинг-механизмы в работе с ними, нужно опираться на адаптивные копинги для работы с неадаптивными. К примеру, опираться на адаптивную эмоциональную сферу и работать с неадаптивной когнитивной сферой.



Рис. 9 Общая картина используемых пациентами кардиохирургического профиля копинг-механизмов

Был проведен корреляционный анализ между различными факторами психологической адаптации для выявления их взаимосвязи (это позволяет определить, какие проблемы взаимосвязаны друг с другом или на какие факторы можно влиять для изменения другого фактора).

Возрастные изменения. Растет мотивация к избеганию неудач (защите) $r=0.2$ (при $p=0.05$). Таким образом, с возрастом пациенты чаще прибегают к использованию защитных механизмов и предпочитают меньше рисковать. С одной стороны это приводит к более осторожному поведению, и такие пациенты будут чаще соблюдать рекомендации врача, и меньше рисковать своим здоровьем, однако у людей, имевших в течение жизни высокий уровень мотивации к защите, с возрастом этот уровень может стать слишком высоким. Это может привести к психологическому дискомфорту и неадаптивному поведению.

С возрастом растет тревога $r=0.36$ (при $p=0.05$), поэтому при сообщении диагнозов возрастным пациентам нужно быть более осторожным, чтобы не спровоцировать их на слишком сильное беспокойство о своем здоровье.

Готовность к риску у пациентов с возрастом падает $r = -0.2$ (при $p=0.05$), что, как и в случае с мотивацией к избеганию неудач (защите), приводит к тому, что пациенты ведут себя с возрастом более осторожно.

Мотивация к успеху у пациентов с возрастом падает $r = -0.34$ (при $p=0.05$), что приводит к тому, с возрастом люди все больше нуждаются в поддержке извне для поддержания мотивации к борьбе с болезнью. Однако учитывая, что у пациентов с сердечными заболеваниями излишняя мотивация к успеху возрастные изменения могут привести к более адекватному уровню мотивации к успеху. Уровень депрессии от возраста не зависит.

Пол имеет значимую взаимосвязь только с мотивацией к успеху. При исследовании женщины были обозначены цифрой 1, а мужчины цифрой 2, таким образом, прямая взаимосвязь обозначает свойственность мужчинам, а обратная женщинам. Взаимосвязь пола и мотивации к успеху $r=0.38$ (при $p=0.05$), что обозначает более высокую мотивацию к успеху у мужчин. Учитывая, что мужчины чаще страдают сердечными заболеваниями, а также то, что в ходе исследования выяснилось, что у 50% пациентов слишком высокий уровень мотивации к успеху. При том, что из мужчин слишком высокий уровень мотивации имеют 61.9%, а среди женщин 22.2%, можно сделать предположение, что слишком высокая мотивация к успеху является фактором, мешающим вести себя адаптивно приводя к менее адаптивному прохождению заболевания и как следствие большим последствиям от него. Таким образом, женщины реже имеют слишком высокую мотивацию к успеху, что позволяет им более здраво оценивать свои силы и иметь более адекватные амбиции.

Не имеют значимых корреляций, мотивация к успеху с мотивацией к избеганию неудач (защите), мотивация к успеху с тревогой, мотивация к успеху с депрессией, готовность к риску с тревогой. Корреляция между мотивацией к избеганию неудач и тревогой $r=0.28$ (при $p=0.05$), а также корреляция мотивации к избеганию неудач и депрессии $r=0.2$ ($p=0.05$). Поэтому при работе с пациентами с высоким уровнем мотивации к избеганию неудач (защите) будут наблюдаться (однако у всех уровень депрессии и тревоги в норме) проявления тревоги и пониженный фон настроения. Мотивация к избеганию неудач (защите) коррелирует с готовностью к риску обратно пропорционально $r = -0.26$ ($p=0.05$). Так что готовые к риску люди будут реже прибегать к защите. Тревога коррелирует с депрессией $r=0.29$ ($p=0.05$) поэтому пониженное настроение встречается совокупно с тревогой. Готовность к риску прямо коррелирует с мотивацией к успеху $r=0.31$ ($p=0.05$), что свидетельствует о том, что мотивированные на успех люди чаще готовы рисковать и

обратно пропорционально с депрессией $r = -0.38$ ($p = 0.05$). Что обозначает меньшую готовность к риску у людей с пониженным фоном настроения.

В ходе исследования также было выявлено, что 20 % опрошенных имеют одновременно очень высокую мотивацию к успеху и к избеганию неудач. То есть данная группа пациентов имеет амбивалентную мотивацию, противоречащую друг другу. Это будет приводить к внутренним противоречиям и, как следствие, к внутри психическому конфликту.

При беседе с больными в ходе исследования периода жизни предшествовавшего проявлению заболевания, многие пациенты (40%) отмечали, что в год начала болезни или предшествовавший ему у них умер кто-то из близких родственников (родители, супруг, брат, сестра дети). Один из пациентов сказал, что он точно знает, когда у него заболело сердце потому, что это случилось сразу же, как он узнал о смерти своего сына на чеченской войне. У другого пациента умер не родственник, а его коллега по работе, однако он присутствовал при убийстве, а также сам подвергался опасности (их ограбили бандиты), в результате также заметил сердечные боли практически сразу после инцидента. Данные позволяют предполагать, что сильные стрессовые ситуации могут повлиять на проявление сердечных заболеваний или усугубление уже имеющихся проблем.

В целом те или иные проблемы дезадаптации имеют 90 % пациентов с кардиозаболеваниями. У 50 % из них слишком высокая мотивация к успеху. У 33.3 % слишком высокая мотивация к избеганию неудач. У 56.7% неадаптивные когнитивные копинг-механизмы, у 33.3% неадаптивные эмоциональные копинг-механизмы, у 43.3 % неадаптивные поведенческие копинг-механизмы. При этом проблемы с слишком высокой мотивацией к успеху чаще встречаются у мужчин. Среди стрессовых событий способствующих запуску заболевания можно выделить смерть близких родственников, наблюдающаяся в предшествующий началу заболевания период у 40 % пациентов. У 20 % пациентов была выявлена амбивалентная мотивация, очень высокая мотивация к успеху и избеганию неудач (защите) одновременно.

В целом у пациентов наличествуют, как адаптивные, так и неадаптивные черты психической адаптации. У пациентов имеющих большое количество неадаптивных компонентов психической адаптации, тем не менее, имеются те или иные адаптивные компоненты адаптации. Это позволяет в ходе работы с пациентами опираться на различные адаптивные ресурсы для работы по повышению приспособленности человека к ситуации болезни. Опора на адаптивные компоненты адаптации позволит добиться

результатов более быстро за счет привлечения ресурсов более приспособленной части личности.

Работа с адаптивными ресурсами и способами совладания со стрессом позволит пациентам не только приспособиться к изменениям, в жизни наступившим в ходе заболевания, но и повысит их адаптивные возможности в принципе. Однако самым важным будет влияние адаптивности пациентов на их реабилитацию в послеоперационный период и приспособление впоследствии к изменившейся жизни, так как данный компонент адаптации в наибольшей степени связан с приспособленности к болезни и как следствие влияет на качество реабилитации.

Гипотеза подтвердилась частично. Слишком высокую мотивацию к успеху имеют не большинство, а 50 % пациентов. Когнитивные копинг механизмы действительно неадаптивные, но эмоциональные копинги напротив самые адаптивные из всех.

В целом те или иные проблемы адаптации есть у 90 % пациентов. Однако у всех пациентов существуют сохранные аспекты психической адаптации, что позволяет использовать сохранные ресурсы психики для работы с неадаптивными компонентами адаптации и повышения адаптивности в целом.

Работа с адаптивными возможностями кардиологических пациентов позволит повысить качество реабилитации, данных пациентов и как следствие улучшит их приспособленность к своей болезни.

Список литературы

1. Дейнека, О.С. Проявления адаптационного ресурса при социальной и психосоматической дезадаптации / О.С. Дейнека, Е.Р. Исаева // Психологические проблемы самореализации личности. – Вып.12 / Под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – С.146-175.
2. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – М.: Изд-во Книга по требованию, 2012. – 428 с.

Чалый Сергей Сергеевич – ассистент кафедры клинической психологии Уральский государственный медицинский университет, 620014, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, тел. служ. 8(343)2148675e-mail:sgiy@yandex.ru

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию заместителя директора ГАУ Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр», г.Тюмень Нямцу Александра Михайловича, посвященную управленческим технологиям в деятельности организационно-методического отдела медицинской организации.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОТДЕЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Няицу А.М.

Роль информации для выполнения различных отраслевых и глобальных задач на современном историческом этапе трудно переоценить. В реалиях наших дней на первое место выходит не объем информационных данных, а их качество, систематизация и упорядоченность. Скорость накопления научной информации на протяжении XX века возрастала лавинообразно, в частности, на 50-70-е годы в силу ряда причин пришелся объемный рост научных публикаций. Однако в XXI веке многие научные направления утратили государственную поддержку, в результате количество публикаций резко уменьшилось, а некоторые журналы перестали издаваться.

По статистике объём цифровой информации удваивается каждые восемнадцать месяцев, при этом до 95% ее имеет вид неструктурированных данных и только 5 % составляют различные базы данных. Закон информированности–упорядоченности гласит: чем большей информацией о внутренней и внешней среде владеет система, тем эффективнее ее стремление к упорядоченности и самоорганизации. Из этого закона вытекает целый ряд следствий: а) чем четче сформулированы задачи управления и организована база данных об объектах управления, тем устойчивее функционирует организация; б) по мере роста сложности системы количество необходимой информации растет экспоненциально – гораздо быстрее, чем сложность самой управляемой системы; в) неупорядоченная под конкретные задачи управления информация приводит к дезинформации, к тому же возрастают проблемы хранения, переработки и передачи информации, увеличиваются затраты. Складывающийся «перекос» в сторону накопления огромных объемов данных знаменует становление информационной цивилизации. Для наиболее совершенного управления применяется информация из смежных областей знаний – экономическая, научно-техническая, общественно-политическая и другие ее виды. В крупных организациях создаются системно-аналитические отделы, которые призваны

готовить стратегическую информацию, т.е. информацию о поведении системы в целом, а не только ее подразделений.

Трудно согласиться с тем, что объемы информации, присутствующие в организации здравоохранения России, отвечают всем упомянутым выше свойствам. Именно поэтому роль организационно-методических отделов в управлении медицинским учреждением достаточно высока, поскольку работа направлена, в первую очередь, на упорядочение информационных потоков и систематизацию информации от момента ее возникновения до момента ее представления и принятия того или иного управленческого решения.

Основные функции и документация организационно-методического отдела. В настоящее время основными функциями организационно-методического отдела являются:

- организация сбора, сбор и обработка медико-статистической информации в учреждении здравоохранения (при наличии отдельного структурного подразделения «отдел медицинской статистики» данные функции возлагаются на него);
- обеспечение информацией руководителя учреждения, руководителей структурных подразделений и внешних получателей;
- планирование деятельности учреждения;
- организация обеспечения бланками первичной учетной документации;
- организация хранения и утилизации медицинской документации.

Функциональный регламент организационно-методического отдела разрабатывается в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и Положением об организационно-методическом отделе, он также включает перечень следующих документов:

- должностная инструкция руководителя структурного подразделения;
- должностные инструкции сотрудников структурного подразделения;
- международная классификация болезней X пересмотра, которая используется для:

1. осуществления контроля при заполнении первичной учетной статистической документации;

2. заполнения отчетных форм;

3. использования в методической работе;

- Приказы Министерства здравоохранения РФ:

- утверждающие формы первичной учетной документации;
- утверждающие формы отчетной документации по определенным мероприятиям на период отчетного года;
- утверждающие порядок и сроки предоставления информации в вышестоящие организации и ведомства;
- Приказы регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения:
 - по предоставлению статистической информации;
 - по утверждению временных учетных форм;
 - по утверждению отдельных мероприятий в отчетном году;
 - по организационно-методической работе медицинского учреждения;
- Приказы медицинской организации:
 - Приказ о назначении ответственного сотрудника за своевременное предоставление качественной информации;
 - Приказы медицинской организации по предоставлению статистической информации и назначении ответственного сотрудника;
- копии приказов медицинской организации:
 - Приказ об утверждении количества койко-мест и сменности работы дневного стационара (форма 14-ДС);
 - Приказ об утверждении количества койко-мест (в разрезе профилей) круглосуточного стационара (форма 30);
 - Приказ о «закрытии» коек на ремонт с указанием количества и профиля коек, наименования структурного подразделения, периода ремонта (если возможно);
 - Приказ об «открытии» коек с ремонта с указанием количества и профиля коек, наименования структурного подразделения, даты открытия;
 - Приказ по работе с бланками строгого учета;
 - Приказ об уничтожении медицинской документации в связи с истечением срока хранения;
- копии запросов о предоставлении информации поступающих в медицинскую организацию. Письмо должно быть зарегистрировано (входящий номер и дата); должна быть виза руководителя учреждения или сотрудник его замещающего, рекомендуется делать отметку о предоставлении информации, рекомендуемый срок хранения 3 года;

- прочая документация:
 - первичная учетная документация со сроком хранения не более 1 календарного года (например, форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»);
 - акты уничтожения медицинской документации в отчетном году;
 - годовые отчеты (максимальный срок хранения 5 лет);
 - номенклатура дел ЛПУ (может храниться в канцелярии или архиве медицинской организации при его наличии).

Работа со статистической информацией в медицинской организации. Одним из ключевых моментов эффективного построения организационно-методической работы является организация сбора и обработки статистической информации в учреждении. Это достигается, в первую очередь, разработкой схемы информационных потоков по следующим принципам:

1. «Чем проще, тем работоспособнее». При попытке изобразить схему информационных потоков выяснилось, что пути передачи информации часто пересекаются, а сама схема напоминает «паутину», что влияет на качество. Схема информационных потоков должна придерживаться принципов логистики и носить оптимальный характер.

2. Использование иерархического принципа. Внутри учреждения информация двигается «снизу вверх», то есть от специалиста к руководителю структурного подразделения и далее в организационно-методический отдел. Этот путь позволяет контролировать не только сам процесс сбора информации, но и оказывает влияние на ее качество и своевременность обеспечения ею руководства структурных подразделений.

3. Логистика движения информации должна предусматривать и ответственных лиц на каждом этапе логистической операции.

Наиболее оптимальным является назначение ответственным за предоставление информации руководителя соответствующего структурного подразделения. За информацию по соответствующим внешним получателям от учреждения должен быть только один ответственный (это может быть заместитель руководителя или руководитель организационно-методического отдела).

4. Логистика движения информации руководствуется утвержденным приказом руководства учреждения. Особенную актуальность это приобретает, если учреждение имеет развитую сеть филиалов.

Процесс внедрения алгоритмов движения информации способствует упорядоченности и разделению ответственности за ее качество. Для отработки технологии движения необходим временной период и корректировка этапов внедрения.

Одним из важнейших мероприятий в области медицинской статистики является подведение итогов отчетного года – подготовка и сдача годовой статистической отчетности. На основании приказа регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, разрабатывается приказ по учреждению с утверждением сетевого графика медицинской организации при наличии филиалов. Для приема годовой отчетности привлекаются «узкие специалисты» или главные внештатные специалисты.

Годовой статистический отчет о деятельности учреждения здравоохранения составляется специалистами, руководителями структурных подразделений, отделом кадров, планово-экономическим отделом, бухгалтерией, организационно-методическим отделом.

При анализе статистической информации проводится сравнение отчетного года с предыдущим.

Обеспечение информацией руководителя, работников структурных подразделений и ее предоставление внешним получателям. Руководитель учреждения должен рассматривать тенденции изменений для принятия оперативных решений, поэтому должна быть разработана статистическая форма, наиболее удобная для восприятия. Ответственность за ее предоставление, как правило, возлагается на руководителя организационно-методического отдела.

Информация руководителю должна предоставляться по временным периодам с включением расчетных показателей, которые утверждены на уровне регионального органа управления здравоохранением.

Аналогично и руководители структурных подразделений проводят анализ информации по подразделениям.

Внешним получателям информация должна предоставляться по письменному запросу. Это не связано с «закрытостью» медико-статистических данных, письменный запрос необходим для четкой формулировки, что необходимо получателю, так как в медицинской статистике существует множество показателей, при формировании которых включаются различные нюансы.

Использование статистической информации для планирования работы медицинской организации. Планирование деятельности медицинской организации – это планирование материальных, кадровых и финансовых ресурсов, необходимых для проведения комплекса взаимосвязанных профилактических, лечебных и организационных мероприятий, объемов, видов медицинской помощи, финансовых, материально-технических и других видов ресурсов. По временным периодам планы могут быть кратко-, средне- и долгосрочными.

План – это комплекс сбалансированных производственных и ресурсных показателей, определяющих цели плана и объем средств, обеспечивающих его исполнение.

Развитие и содержание сети медицинских учреждений обеспечивается в плане капитальными вложениями на новое строительство, реконструкцию, капитальный ремонт действующих учреждений финансовыми ресурсами.

Обеспечение и организация работы в медицинской организации с бланками первичной учетной документации и бланками строгого учета. Организационно-методический отдел должен располагать информацией по бланкам первичной учетной документации, которые используются в учреждении, какими приказами Минздрава России данные бланки утверждены и какие требования предъявляются к данным бланкам, причем не только к самому их виду, но и к правилам заполнения. Именно поэтому специалист организационно-методического отдела должен отслеживать изменения в законодательстве по утверждению первичной учетной документации. Также необходимо учитывать, какие формы допускается вести в электронном варианте, а какие, в обязательном порядке, должны быть на бумажном носителе. Например, «Инструкцией по заполнению учетной формы № 025–12/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255, предусмотрена возможность ведения «Талона амбулаторного пациента» в электронном виде. В целях обеспечения учреждения бланками первичной документации, необходимо определить какие формы заполняются на бумажных носителях. При планировании количества бланков, необходимо учитывать остаток по каждому виду первичной учетной документации, а также расход, с учетом испорченных бланков.

Для определения расхода бланков можно использовать медико-статистические показатели. Например, использованное количество формы 003/у «Медицинская

карта стационарного больного» должно быть равно количеству госпитализаций за год. В некоторых учреждениях используется сквозная нумерация данной формы на протяжении календарного года, что также может соответствовать количеству использованных бланков.

Дальнейшая особенность планирования количества бланков зависит от формы юридического лица, так как это связано с процессом закупки товаров и услуг. Медицинские организации, являющиеся автономными учреждениями необходимо увеличивать необходимое количество бланков на 10%, а бюджетным и казённым учреждениям на 20 – 25%, что связано с продолжительностью процесса закупки товаров и услуг.

На бланки строго учета, которые выдаются медицинским организациям централизованно, также письменно должна быть оформлена и направлена заявка. Использование данных бланков должно отслеживаться по соответствующим журналам, а также по бухгалтерскому учету.

Необходимо отметить, что при планировании потребности учреждения в первичной учетной документации должна быть сбалансированность, то есть медицинская организация всегда должна располагать определенным запасом бланков, но данный запас должен быть разумным. При формировании документации для работы с типографией обязательно должны быть учтены следующие моменты:

- изготовление и согласование макета по каждому виду первичной учетной документации. Макет изготавливается и согласуется уполномоченным представителем медицинской организации до начала печати всего тиража. Макет должен соответствовать форме, которая утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации. Необходимо помнить, что утверждение первичной учетной документации находится исключительно в компетенции федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения. На каждом бланке в верхнем правом углу обязательно указываются реквизиты соответствующего приказа и номер формы. Макет согласуется в двух экземплярах – один хранится в медицинской организации, второй передается в типографию;

- должны быть указаны четкие сроки изготовления и согласования макетов и предоставление всего тиража в целом;

- тираж должен доставляться в упаковке, которая будет предохранять печатную продукцию от порчи, а также будет удобна в работе. Например, для крупного

учреждения целесообразнее, если форма 003/у «Медицинская карта стационарного больного» будет в упаковке по 100 экземпляров.

Условно все бланки строго учета, используемые организациями здравоохранения, можно разделить на следующие группы:

- применяемые учреждениями здравоохранения при расчетах с населением;
- выдаваемые учреждениями здравоохранения населению в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- подтверждающие оказание медицинских услуг;
- общепринятые бланки строго учета, используемые учреждениями при осуществлении финансово-хозяйственной деятельности.

Учет бланков строго учета каждой из этих групп, а также порядок их хранения, заполнения, выдачи и уничтожения имеют свои особенности.

В данном случае будут рассмотрены бланки строго учета, выдаваемые организациями здравоохранения населению в соответствии с действующими нормами права, а именно:

- «Медицинское свидетельство о рождении» (учетная форма № 103/у–08);
- «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у–08);
- «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (учетная форма № 106–2/у–08).

К данным бланкам предъявляются следующие единые требования:

- изготавливаются типографским способом централизованно на уровне субъекта Российской Федерации;
- нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная для каждого вида медицинского свидетельства;
- каждый вид медицинских свидетельств, получаемых организацией здравоохранения, учитывается отдельно;
- бланки медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью руководителя учреждения (или его заместителя) и печатью учреждения и подлежат хранению в условиях, исключающих их порчу и хищение;
- испорченные и не правильно заполненные экземпляры бланков медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и они остаются в книжке бланков;

- испорченные бланки медицинских свидетельств уничтожаются по истечении 1 календарного года в соответствии с Инструкцией, утвержденной приказом учреждения;

- заполнение и порядок выдачи бланков медицинских свидетельств осуществляется в соответствии с рекомендациями Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14–6/10/2–178.

Медицинское свидетельство о смерти и медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- заполняются в соответствии с требованиями Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ–10);

- выдаются с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного»;

- медицинские свидетельства «взамен предварительного», «взамен окончательного» выписываются на новом бланке документа, на котором необходимо указать номер и дату выдачи предыдущего медицинского свидетельства. Дублирование серии и номера бланка не допускается;

- заполнение медицинских свидетельств контролируется в организации здравоохранения врачом, ответственным за проверку правильности заполнения медицинских свидетельств, кодирования и уточнения первоначальной причины смерти, назначенным руководителем учреждения.

Корешки медицинских свидетельств:

- заполняются в соответствии с записями аналогичных пунктов медицинского свидетельства согласно рекомендациям Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14–6/10/2–178;

- при выдаче медицинских свидетельств корешки документов отрезаются и хранятся в течение одного календарного года от даты выдачи свидетельства;

- после истечения срока хранения корешки медицинских свидетельств подлежат уничтожению в соответствии с Инструкцией, утвержденной приказом учреждения.

Таким образом, в целях организации работы с медицинскими свидетельствами, в каждом учреждении здравоохранения, осуществляющем регистрацию случаев рождения и смерти, должен быть разработан приказ «О порядке хранения, учета и уничтожения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти». В приказе необходимо указать ответственного сотрудника за хранение,

учет, заполнение и выдачу медицинских свидетельств; врача, ответственного за проверку правильности заполнения медицинских свидетельств о смерти, перинатальной смерти, кодирования и выбора первоначальной причины смерти; условия и срок хранения бланков медицинских свидетельств, включая испорченные, и корешков выданных медицинских свидетельств; состав комиссии по уничтожению испорченных бланков медицинских свидетельств и корешков выданных медицинских свидетельств; форму акта об уничтожении испорченных и неправильно выписанных бланков медицинских свидетельств, корешков выданных медицинских свидетельств по истечении сроков хранения.

После уничтожения акт в течение, минимум 1 календарного года, хранится в организационно-методическом кабинете, а в дальнейшем передается на хранение в архив медицинской организации, где храниться постоянно. Рекомендуется в акте, при уничтожении документов, указывать серию и диапазон номеров или номера каждого вида медицинского свидетельства.

Таким образом, организационно-методические отделы в медицинских организациях, обеспечивая сбор, обработку и анализ статистической информации, создают объективные предпосылки экспертной оценки деятельности медицинской организации, структурных отделений, обеспечивают процесс планирования, мониторинга деятельности, подготовки управленческих решений, это профессиональный аппарат управления медицинской организацией.

При этом следует отметить, что функции организационно-методического отдела городской больницы несколько отличаются от функций организационно-методических отделов центральных городских (районных) больниц. В центральных городских (районных) больницах главный врач по своим функциональным обязанностям выполняет функцию не только управления больницей, но и, в соответствии с Положением, выполняет функцию руководителя здравоохранения муниципального образования. В штатное расписание административно-управленческого аппарата центральной городской (районной) больницы вводится должность заместителя главного врача по организации медицинской помощи населению муниципального образования. Организационно-методический отдел подчиняется непосредственно заместителю главного врача по организации медицинской помощи населению, и в функции его при этом входит не только медицинские учреждения муниципального образования, но и комплекс направлений

деятельности, связанный с изучением демографической ситуации, состоянием здоровья и влиянием инфраструктуры здравоохранения муниципального образования на качество оказания и доступность медицинской помощи для населения.

В представленном материале нашли отражение направления деятельности организационно-методического отдела по логистике сбора, анализа статистической информации медицинского учреждения, однако функции его значительно шире, а аналитическая информация служит базовым элементом планирования, прогнозирования деятельности медицинского учреждения и их возможных изменений, что обуславливает корректировку и подготовку управленческих решений.