

ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

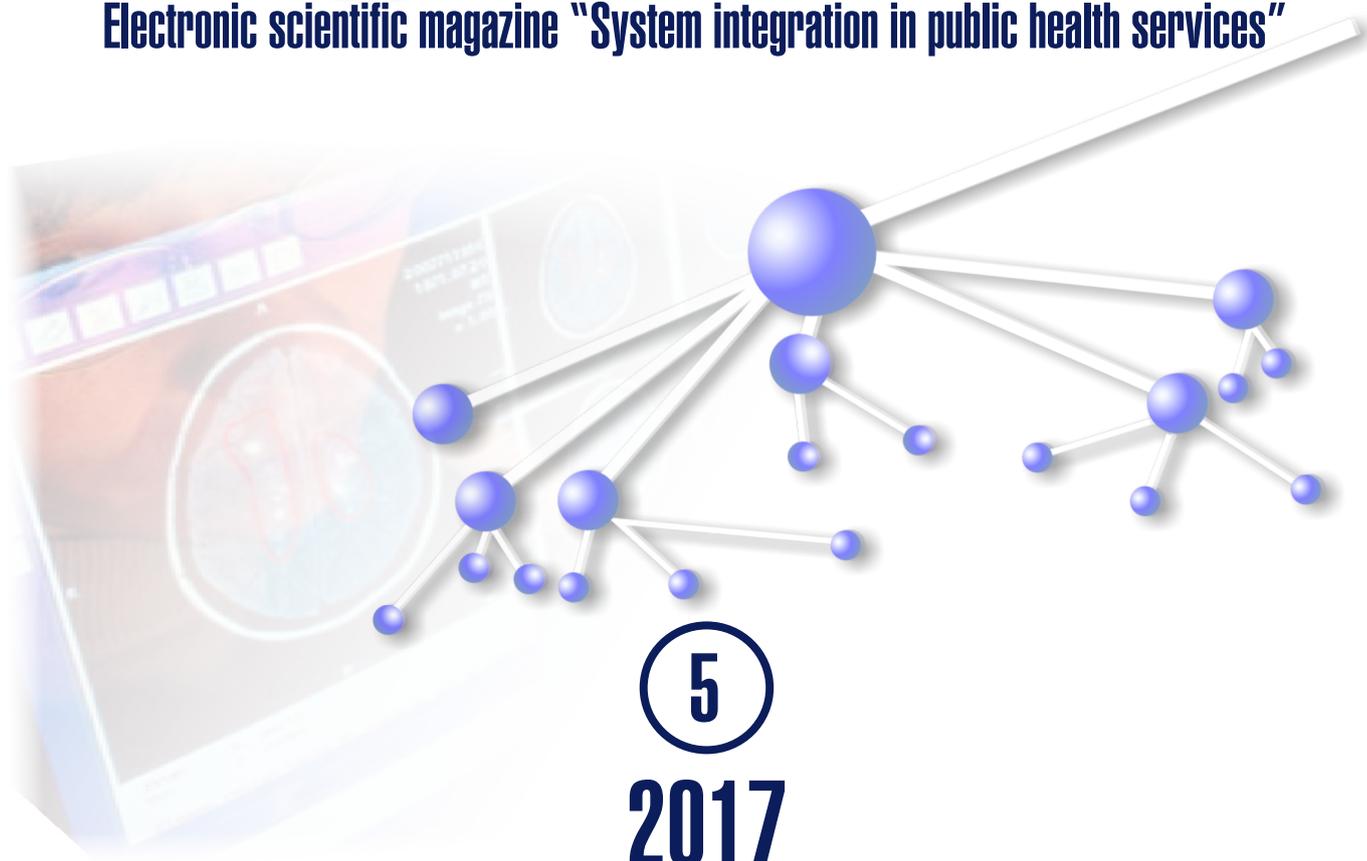
ББК 5+65.495+60.5+88+74

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](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://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](mailto:sys-int@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://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.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2017



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

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

**№ 5 (35) 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)

### Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!



9-10 ноября 2017 года по инициативе Уральского государственного медицинского университета прошел Евразийский конгресс «Инновации в медицине: образование, наука, практика». В рамках этого мероприятия состоялась 1 Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция факультета Психолого–социальной работы и высшего сестринского образования.

Перед Вами второй выпуск сборника Материалов конференции. В первый выпуск были включены работы по среднему медицинскому и высшему образованию, кроме авторов из Екатеринбурга, статьи прислали коллеги из Казани, Москвы, Омска, Оренбурга,

Тюмени, Челябинска. Во второй выпуск вошли статьи, посвященные клиническим и психолого-социальным проблемам коллег из Бишкека (Кыргызстан), Казани, Москвы, Омска, Оренбурга, Санкт-Петербурга, Смоленска и Челябинска. Интерес к конференции проявили коллеги из десяти городов России и ближнего зарубежья, опубликованы тридцать три статьи.

Завершая работу 1 Всероссийской с международным участием научно-практической конференции факультета Психолого-социальной работы и высшего сестринского образования Уральского медицинского университета, необходимо признать, что:

- создание нашего факультета является важной вехой в развитии психолого-социального образования на Урале, а сам факультет стал неотъемлемой частью медицинского образования Уральского медицинского кластера,
- отвечая на вызовы современности в потребности в высококвалифицированных кадрах по клинической психологии, сестринскому делу, социальной работе на факультете внедряются инновационные образовательные технологии,
- учитывая, что обязательным условием развития является обмен опытом через различные форумы, считаем необходимым поддержать инициативу факультета о регулярном проведении подобных конференций.

Желаем успехов и приглашаем на следующую встречу!

*Декан факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования ФГБОУ ВО УГМУ,  
доктор психологических наук, профессор  
**Набойченко Евгения Сергеевна***

**ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА****Клинический раздел**

Авилов О.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ.....	6
Борзунова Н.С. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ОБУХОВСКИЙ» .....	12
Дмитриева М.К., Павленко Т.Н., Попова Л.В., Кацова Г.Б., Малеева Н.П. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	16
Ефремова Л.Ю. АНАЛИЗ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ «ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН» .....	21
Ломова О.С., Ломова Я.Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР В НЕЙРОНАУКЕ.....	26
Петрова Н.Г. О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	31
Русанова М.Ю., Шардин С.А., Подгаева В.А., Шардина Л.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛАПАЕВСКОГО РАЙОНА И ГОРОДА АЛАПАЕВСКА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ) .....	36
Снегирева Т.Г. ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В МЕГАПОЛИСЕ.....	42
Тумасова Е.Р. ПРОЦЕССЫ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.....	47
Халупенко И.А. ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	54

**Психолого-социальный раздел**

Биненко Е.В. Шадрина Ю.Е. КОММУНИКАТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПАЦИЕНТАМИ.....	60
Буторин Г.Г., Бенько Л.А. СИСТЕМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ МИГРАЦИИ.....	66
Дедов Е.Г., Новиков А.С. НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ СЕМЬИ, МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА.....	73
Джаныбекова И.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....	79
Жукова Н.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ЛИЧНАЯ КУЛЬТУРА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ СПЕЦИАЛИСТА.....	85
Надеева М.И. ИСТОКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ КАК ФИЛАНТРОПИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	90
Сулейманова К.О. КУЛЬТУРНО-ЦЕННОСТНЫЙ КОНФЛИКТ В ФОРМИРОВАНИИ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ОСНОВ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА.....	95
Холопов А.А., Павлов Ю.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРАВОВОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ.....	100
Шапошников Г.Н. РЕВОЛЮЦИЯ 1917 Г. И МЕДИЦИНСКАЯ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ УРАЛА.....	106

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ

**Авилов О.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Южно-Уральский Государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения. г. Челябинск*

Для понимания смысла потребностей и стресса предлагается теория функциональной эквивалентности. Следует понять, является ли информационный дисбаланс, созданный сознанием, оправданным и стоящим траты потенциала организма. Осмысленное применение методов управления стрессом может повысить эффективность профилактики психосоматических и психотических расстройств. На основании этой теории выстраивается иерархия методов управления стрессом.

**Ключевые слова:** теория функциональной эквивалентности, потребности, стресс, управление стрессом.

### Optimization of stress management

**Avilov O.V.**

*South Urals State Medical University. Chelyabinsk*

To understand the meaning of needs and stress, the theory of functional equivalence is proposed. It is necessary to understand whether the information imbalance, created by the consciousness, is justified and worth the waste of the body's potential. The intelligent application of stress management techniques can increase the effectiveness of the prevention of psychosomatic and psychotic disorders. Based on this theory, a hierarchy of methods of managing stress is built.

**Keywords:** theory of functional equivalence, requirements, stress, stress management.

Проблема эмоционального стресса актуальна для любых видов деятельности, и особенно для деятельности в сфере медицины. Тяжелые формы эмоционального стресса со всеми вытекающими потребностями наиболее часто встречаются у лиц, работающих в сфере человек-человек, в частности у медиков [1]. Данное обстоятельство требует осмысленного подхода к управлению стрессом у врачей, средних и младших медицинских работников.

#### Цель исследования

В настоящей работе предлагается новый взгляд на смысл проявлений стресса для организма, а также на пути профилактики неблагоприятных последствий стрессовой реакции.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Основоположник учения о стрессе: Г. Селье писал: «кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, - это и есть сущность стресса»[2]. За период, прошедший с момента выхода в свет работ Г. Селье, проблеме изучения стресса было уделено внимание большим количеством исследователей. В то же время В.А. Бодров [3] отмечает, что в современной научной литературе используется три основных значения термина «стресс». Понятие стресс может определяться как любые внешние стимулы или события, которые вызывают у человека напряжение или возбуждение. Стресс может относиться к субъективной реакции, отражающей внутреннее психическое состояние напряжения и возбуждения. Кроме того, стресс может быть физической реакцией организма на предъявленные требования или вредное воздействие. В.А. Бодров [3] также пишет, что, не взирая на большое количество исследований представления о стрессе отрывочны. Нет как общей теории стресса, так и общепринятого его определения. Следует отметить, что наиболее целостное представление о природе стресса (особенно эмоционального) и механизмах его развития было получено в исследованиях К.В. Судакова [4 - 6], проведенных на основании теории функциональных систем П.К. Анохина [7]. С точки зрения теории функциональных систем, эмоциональный стресс формируется во всех конфликтных ситуациях, в которых субъект не может удовлетворить имеющиеся у него те или иные потребности [4]. К.В. Судаков [5] также высказывал мнение, что потребности являются устойчивыми отклонениями жизненно важных констант организма от уровня обеспечивающего его нормальную деятельность, и создают первичный стимул активности функциональных систем не только на физико-химической, но и на информационной основе. В то же время оптимизация подходов к управлению стрессом возможна, на наш взгляд, лишь при понимании смысла потребностей и стресса. В этой связи нами развивается теория функциональной эквивалентности. Данная теория опирается на законы термодинамики, но не исчерпывается ими. Об информационной эквивалентности упоминал еще П.К. Анохин [8]. Он, в частности, писал, что в живых системах между начальным и конечным звеном

передачи информации должна быть адекватная информационная эквивалентность. Продолжая мысль П.К. Анохина К.В. Судаков [5] подчеркивал, что в любом звене функциональной системы имеются свойства потребности и ее удовлетворения, то есть определенная эквивалентность. Указанные авторы рассматривали эквивалентность исключительно в пределах живых систем как условие точной передачи информации от одного звена к другому. Мы же полагаем, что информационные, физические и химические воздействия на организм должны быть эквивалентны сумме преобразованных в организме и выделенных из организма информационных, физических и химических компонентов жизнедеятельности. Таким образом, по нашему мнению, потребность – это развитие дисбаланса разной степени выраженности, вызванное образующимся в процессе жизнедеятельности избытком информационных, физических и химических факторов, которые не могут быть удалены организмом самостоятельно без риска нарушения структуры и соответствующей потери потенциала. А удовлетворение потребностей – это поиск информационных, физических и химических стимулов для устранения этого избытка. Конечный результат удовлетворения потребностей – это установление эквивалентности за счет преобразования избытка информационных, физических компонентов жизнедеятельности в функциональные и структурные изменения в организме. В качестве примера можно назвать синтез тех или иных веществ, обновление клеточного состава, движение, и, наконец, мышление. Удовлетворение потребностей (устранение дисбаланса), по нашему мнению, происходит за счет потенциала как организма в целом, так и отдельных его составляющих. О потенциале организма говорил еще Э.С. Бауэр [9]. А ряд исследователей выделяют адаптационный потенциал [10] и потенциал личности [11]. Мы же понимаем под потенциалом живой системы врожденные возможности организма и отдельных его систем по устранению проявлений дисбаланса, возникающих в процессе жизнедеятельности. В случае, когда избыток информационных, физических и химических проявлений результатов функционирования с необходимой скоростью удаляется с помощью поступающих из внешней и внутренней среды организма стимулов, уменьшение потенциала, видимо, минимально, или вообще не происходит. Такая ситуация, вероятно, наиболее благоприятна для сохранения здоровья.

В связи с вышеуказанным, смыслом стрессовой реакции, по нашему мнению, является ответ на ситуацию, когда темп развития дисбаланса из-за воздействия или внезапного отсутствия воздействия информационных, физических и химических факторов превышает темп установления эквивалентности. В этом случае происходит попытка экстренного формирования эквивалентного ответа по разным каналам. В результате происходит

изменения функционирования практически всех систем организма [12]. Но в связи с тем, что реагирование организма является экстренным, стресс в этой фазе своего развития сопровождается отрицательными эмоциями и значительной дезинтеграцией в работе функциональных систем [6]. Выраженность стрессовой реакции, и ее длительность определяются как величиной дисбаланса, так и особенностью потенциала организма. Так, например, стрессовая реакция может быть весьма слабой при незначительных травмах и конфликтах. При этом стоит отметить роль сознания, которое за счет управления концентрацией внимания способно как увеличивать, так и уменьшать информационные последствия процессов жизнедеятельности, то есть развития дисбаланса. Хорошо известно, что размышления о случившемся конфликте, постоянные навязчивые мысли могут существенно усилить информационную компоненту дисбаланса, и сделать стрессовую реакцию более яркой, а последствия стресса более существенными, вплоть до развития панических расстройств [13] и другой психосоматической патологии. При этом, в рамках нашей теории, мы считаем весьма условным деление стресса на «эустресс» и «дистресс», как это предлагал Г. Селье [2]. Мы считаем указанные варианты стресса просто стадиями одного процесса экстренного установления эквивалентности. Что же касается психосоматической патологии, то мы считаем, что она формируется не из-за выраженности симптомов стресса, а из-за того, что в той или иной системе, или организме в целом не хватает резервов, потенциала для установления эквивалентности в необходимом темпе. Характерным примером этого является развитие самой выраженной стрессовой реакции – шока. В первой фазе шока – фазе возбуждения организм пытается установить эквивалентность, экстренно мобилизуя все системы, все каналы формирования эквивалентности. Во второй фазе шока – фазе торможения из-за дефицита потенциала темп установления эквивалентности отстает от темпа развития дисбаланса, в результате чего развиваются неблагоприятные последствия для организма.

Теория функциональной эквивалентности, на наш взгляд, помогает понять смысл управления стрессом и выстроить определенную систему предпочтительных путей для этого. Прежде всего, необходимо выявить причину имеющегося дисбаланса – осознаваемые и неосознаваемые потребности. Далее требуется разобраться в том, какие потребности, то есть какая степень дисбаланса в организме, является жизненно важной, а какая создана благодаря сознанию. То есть, следует понять, является ли информационный дисбаланс, созданный сознанием, оправданным и стоящим траты потенциала организма. Если возможно, профилактика чрезмерного стресса достигается заменой потребности (устранением дисбаланса) или снижением степени выраженности

информационной составляющей дисбаланса. В последнем случае, например, может быть целесообразным устранением навязчивых мыслей о возможных результатах деятельности. В тех ситуациях, когда стрессовой реакции избежать нельзя, например, когда в ходе трудовой деятельности к концу рабочего дня требуется получить определенный результат, помогает обучение. Индикатором того, что обучение работника было эффективным, является переход от дезорганизации в работе систем организма к согласованности в работе функциональных систем [6]. Большая согласованность в работе тех или иных систем означает, в соответствии с нашей теорией, что установление эквивалентности происходит менее затратным путем. Во всех остальных случаях наиболее эффективным, на наш взгляд, будет то или иное «отреагирование» стресса – помощь организму в поисках путей экстренного установления эквивалентности. Наше мнение совпадает с мнением ряда авторов. Так, О.В. Нестерова [14] на странице 250 пишет: «Эмоция осознается и разряжается в деятельности, направленной на решение проблемы, или в косвенных видах активности, после которых человек переходит к решению проблемы. Эмоция разряжается физически или вербально. Эмоциональное отреагирование ослабляет интенсивность отрицательных эмоций и является самым оптимальным способом саморегуляции». А В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский [15] считали, что высокая поисковая активность животных и человека, то есть поиск путей установления эквивалентности, способствует хорошей адаптации и защищает от последствий стресса. Подтверждая упомянутые точки зрения, в наших исследованиях было показано, что индивидуально подобранный для студентов объем физической нагрузки, предложенный непосредственно перед значимым экзаменом помогает существенно снизить проявления экзаменационного стресса.

Кроме того, мы считаем, что многие психологические приемы коррекции стресса, направленные, в частности, на отвлечение внимание имеют ограниченное применение и низкую эффективность, так как обычно не затрагивают причин развития стресса. Применение же фармакологических средств оправдано, на наш взгляд, только для купирования крайне тяжелых проявлений стрессов и реакций.

### **Заключение**

Таким образом, развиваемая теория функциональной эквивалентности, позволяет, на наш взгляд, понять смысл потребностей и стресса. В свою очередь осмысленное применение методов управления стрессом может повысить эффективность профилактики психосоматических и психотических расстройств.

Список литературы

1. Любченко П.Н. Профилактика и купирование профессионального стресса // П.Н. Любченко // Клиническая медицина, 2007. – т. 85.- №9.– с. 22-27.
2. Селье Г. Стресс без дистресса / Г.Селье. – Рига: Вида, 1992. – 109с.
3. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2000. –352с.
4. Судаков К.В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу / К.В. Судаков. – Рязань: Горизонт. 1998. 267 с.
5. Судаков К.В. Информационный феномен жизнедеятельности / К.В. Судаков. – М.: РМА По, 1999.– 380с.
6. Судаков К.В. Системные основы эмоционального стресса / К.В. Судаков, П.Е. Умрюхин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112с.
7. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем /П.К. Анохин. – М.: Наука. 1980. – 196с.
8. Анохин П.К. Психическая форма отражения действительности / П.К. Анохин // Ленинская теория отражения и современность. – София: Наука и искусство, 1969. – с. 109-139.
9. Бауэр Э.С. Теоретическая биология / Э.С.Бауэр. – Будапешт: Издательство АН Венгрии, 1982. – 295 с.
10. Ушаков И.Б. Адаптационный потенциал человека / И.Б.Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник РАМН, 2004. – №3. – С. 8-13.
11. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал, 2001. – Т.22, №1. – С.16-24.
12. Kozłowska Kasia. Стресс, дистресс и разговор о теле: совместная (врач-пациент) стратегия помощи пациентам с соматическими симптомами / Kasia Kozłowska // Психические расстройства в общей медицине, 2014. – №3-4. – С.58-66.
13. Воробьева О.В. Роль эмоционального стресса в развитии панического расстройства / О.В. Воробьева // Психические расстройства в общей медицине, 2008. – №4. – С. 48-51.
14. Нестерова О.В. Управление стрессами / О.В. Нестерова. – М.: Московский Финансово-промышленный университет «Синергия», 2012. – 320с.
15. Ротенберг В.С. Поисковая активность и адаптация / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. – М.: Наука, 1984. – 192с.

---

Авилов Олег Валентинович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, тел. 89127913020, e-mail: avilveshun@gmail.ru

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ОБУХОВСКИЙ»

**Борзунова Н.С., Борзунов О.И., Макарян А.А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра управления сестринской деятельностью, г. Екатеринбург*

Обследование пациентов, страдающих сахарным диабетом и диабетическими микроангиопатиями показало, что комплексный подход к лечению таких больных, включающий применение гидрокарбонатно-хлоридно-натриевой минеральной воды «Обуховская» в сочетании с курсом «сухих» углекислых ванн в условиях санатория Обуховский, достоверно приводит к улучшению функции мочевыделительной системы и органа зрения, что отражается в виде улучшения показателей функции почек и почечного кровотока, а также офтальмологических параметров.

**Ключевые слова:** диабетическая микроангиопатия, санаторное лечение, минеральная вода.

## **A comprehensive approach to the treatment of diabetic microangiopathy in the conditions of sanatorium "Obukhovskiy"**

**Borzunova N. S., Borzunov O.I., Makaryan A.A.**

*Urals State Medical University, Yekaterinburg*

A study of patients with diabetes mellitus and diabetic microangiopathies showed that a comprehensive approach to the treatment of such patients, including the use of hydrochloric-chloride-sodium mineral water "Obukhovskaya" in combination with the course of "dry" carbonic baths in the sanatorium Obukhovsky, significantly improves the function the urinary system and the organ of vision, which is reflected in the improvement of kidney function and renal blood flow, as well as ophthalmological parameters.

**Keywords:** diabetic microangiopathy, sanatorium treatment, mineral water.

### **Введение**

В настоящее время изучение влияния различных физических факторов в процессе лечения сахарного диабета (СД) и его сосудистых осложнений, является актуальной задачей и необходимость дальнейшего совершенствования методов комбинированного лечения диабетической микроангиопатии в условиях санаторного лечения чрезвычайно важна и интересна в практике врачей различных специальностей [1].

**Цель** - изучить влияние физических факторов и одновременного приема минеральной воды «Обуховская» на состояние сосудов периферического русла в почках и органе зрения у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

### **Материалы и методы исследования**

Нами было обследовано 58 пациентов, находившихся на санаторно-курортном лечении с установленным диагнозом СД 1 и 2 типа. Всем пациентам при поступлении в санаторий, а также через 8 и 14 дней лечения было проведено обследование, которое включало общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), анализ мочи по Нечипоренко, определение уровня глюкозы в крови, оценку показателей почечного кровотока на трех уровнях сосудистого артериального дерева и осмотр офтальмолога с рефрактометрией и определением внутриглазного давления.

Кроме специфического патогенетического лечения СД в условиях санатория пациентам назначали прием внутрь непосредственно из источника слабоминерализованную минеральную воду с большим содержанием органических веществ: гидрокарбонатно-хлоридно-натриевую минеральную воду «Обуховская».

Воду принимали подогретой до температуры 37°C из расчета 3 мл на 1 кг массы тела 3 раза в день за 40 минут до еды, курсом 18 дней. Все пациенты получали диетическое питание стол 9 + дополнительные приемы пищи, «сухие» углекислые ванны (концентрация CO<sub>2</sub> 1,2-1,4 г/л, температура 35°C, продолжительность 7-12 минут) № 10 [2].

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты нашего исследования показали, что применение гидрокарбонатно-хлоридно-натриевой минеральной воды «Обуховская» в сочетании с курсом «сухих» углекислых ванн в условиях санатория Обуховский у пациентов, страдающих СД и микроангиопатиями, через 8 и 14 дней привело к достоверной нормализации показателей общего анализа мочи и анализа по Нечипоренко, сахара крови ( $p < 0,01$ ), а также к улучшению состояния зрительного анализатора (остроты зрения, показателей, улучшение полей зрения) и достоверному изменению показателей почечной гемодинамики в виде повышения максимальной систолической и диастолической скоростей кровотока ( $V_{\max}$ ,  $V_{\min}$ ) и снижению индекса резистентности (RI) на уровне периферических сосудов ( $p < 0,05$ ) [3,4].

Основной клинический эффект достигался за счет физиологической реакции организма на углекислый газ, при котором происходит расширение всех капилляров и сосудов, а

также повышение содержания в крови кислорода, что в сочетании с приемом минеральной воды «Обуховская» обеспечивало улучшение показателей общего анализа мочи, ультразвуковых показателей почечного кровотока, а также основных офтальмологических параметров [2].

В качестве клинического примера приводятся данные из выписки истории болезни пациента К., 1963 г.р., поступившего из городского эндокринологического центра г. Екатеринбурга на базе МАУ «ГКБ 40» с диагнозом «Впервые выявленный сахарный диабет. Диабетическая микроангиопатия: начальная катаракта, микроангиопатия сетчатки обоих глаз. Диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии. ХБП 1».

*При поступлении:*

глюкоза - 8.1 ммоль/л, ОАМ: уд.вес - 1007, белок - 0,4 г/л, глюкоза - 0,5 г/л, пл. эпителий - 6-8 в п/зр, лейкоциты - 5-10 в п/зр.

Показатели почечного кровотока на периферии:  $V_{max}$  - 23,8 см/сек,  $V_{min}$  - 6,91 см/сек, S/D - 3,44, PI - 1,22, RI - 0,71.

Дополнительно осмотр офтальмолога: рефрактометрия OD s - 0,25. Cyl - 0,25, ax 88, OS s - 0,5. Cyl - 0,5, ax 88, ТВГД OD=19, ТВГД OD=21, VOD=0.9 н/к, VOS=0.85 н/к.

*После лечения:*

на 14-е сутки: глюкоза - 5,86 ммоль/л, ОАМ – норма.

Показатели почечного кровотока на периферии:  $V_{max}$  - 26,7 см/сек,  $V_{min}$  - 8.1 см/сек, S/D - 3,29, PI - 1,21, RI – 0,69.

Консультация офтальмолога:

Рефрактометрия OD s - 0,25. Cyl - 0,25, ax 88, OS s - 0,5. Cyl - 0,5, ax 88, ТВГД OD=18, ТВГД OD=20, VOD=1.0, VOS=0.95.

## **Выводы**

1. При лечении пациентов, страдающих сахарным диабетом в сочетании с микроангиопатиями необходимо использовать комплексный подход, включающий применение гидрокарбонатно-хлоридно-натриевой минеральной воды «Обуховская» в сочетании с курсом «сухих» углекислых ванн в условиях санатория Обуховский.

2. При комплексном подходе к лечению пациентов с СД и микроангиопатиями получены достоверные улучшения показателей обменных процессов, почечной гемодинамики и офтальмологического статуса.

Список литературы

1. Willis J.R. Vision-Related Functional Burden of Diabetic Retinopathy Across Severity Levels in the United States./ J.R. Willis, Q.V. Doan, M .Gleeson et al. // JAMA Ophthalmol. 2017. - №135(9). – P.:926-932.
2. Пат. 2557425 РФ Способ комплексного лечения сосудистых осложнений сахарного диабета в условиях санатория «Обуховский» / О.И. Борзунов, А.А. Макарян, Н.С. Борзунова, И.В. Борзунов. – заявл. 25.07.2014; опубл. 24.06.15. Бюл.№ 20.
3. Борзунова Н.С. Особенности ренальной гемодинамики у больных с различными нозологическими формами ХБП / Н.С. Борзунова // Уральский медицинский журнал. Екатеринбург. 2016.-№ 10 (143).- С.100-103.
4. Борзунова Н.С. Анализ показателей периферической ренальной гемодинамики у пациентов с хроническими заболеваниями почек / Н.С. Борзунова, Т.В. Жданова, И.В. Борзунов, М.М. Тутунина //Вестник уральской медицинской академической науки, Екатеринбург, 2014; №1 (47): 36-37.

---

Борзунова Наталья Сергеевна – к.м.н., ассистент кафедры Управления сестринской деятельностью, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. 89122732642, e-mail: masyab@e1.ru

## СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Дмитриева М.К., Павленко Т.Н., Попова Л.В., Кацова Г.Б, Малеева Н.П.**

*Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург*

Инсульт – значимая медико-социальная проблема. Немаловажное значение в лечении имеет работа медицинской сестры. Цель исследования - выявление особенности организации сестринского наблюдения и ухода за больными при острых нарушениях мозгового кровообращения и оценка возможности их реабилитации в условиях стационара. Самая частая форма заболевания в данной категории - ишемический инсульт. Системный подход организации работы медицинской сестры позволяет пациенту получить полноценный уход, повысить качество жизни, предотвратить осложнения и помочь решить возникающие проблемы.

**Ключевые слова:** инсульт, сестринская помощь, реабилитация.

### **Nursing care of patients with acute disorders of cerebral circulation**

**Dmitrieva M.K., Pavlenko T.N., Popova L.V., Katsova G.B., Maleeva N.P.**

*Orenburg State Medical University, Orenburg*

Stroke is a significant health and social problem. Of great importance in the treatment is nursing. The aim of the study was to identify the characteristics of the organization of nursing observation and care of patients with acute disorders of cerebral circulation and their rehabilitation in hospital. The most common form of the disease in this category is ischemic stroke. A systematic approach of organization of work of the nurses allows the patient to receive comprehensive care to improve the quality of life, prevent complications and help to solve problems.

**Keywords:** stroke, nursing care, rehabilitation.

Наибольшую значимость как медико-социальная проблема в 21 веке приобрели цереброваскулярные заболевания, особенно наиболее тяжелая их форма - мозговые инсульты. Так как инсульт зачастую оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых, чувствительных и иных нарушений, он занимает устойчивое первое место среди заболеваний, которые приводят к первичной инвалидности [1, 2].

Немаловажное значение при острых нарушениях мозгового кровообращения занимает правильное, грамотно организованное сестринское наблюдение и уход за пациентом. Реабилитационные мероприятия больным с острым нарушением мозгового кровообращения необходимо проводить как можно раньше. Реабилитация пациентов

начинается уже в стационаре с учетом обширности поражения головного мозга и тяжести состояния.

**Цель исследования** - выявить особенности организации сестринского наблюдения и ухода за больными, перенесшими инсульт и оценить возможности их реабилитации в условиях стационара.

**Задачи исследования:**

1. Провести анализ заболеваемости инсультом, определить основные факторы риска его развития в данной возрастной категории.
2. Изучить основные проблемы пациентов, перенесших инсульт, и определить пути совершенствования оказания сестринской помощи больным с данной патологией в условиях стационара.

**Материалы и методы исследования**

Объектом исследования явились больные, находящиеся на лечении в неврологическом отделении ГАУЗ ООКБ № 2 г. Оренбурга по поводу инсульта.

Проведен анализ 108 случаев пациентов в возрасте от 40 до 70 лет и более, лечившихся по поводу мозговых инсультов за 2014 – 2016 гг.

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6.1. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

Выявлено, что наиболее часто встречаемой формой заболевания был ишемический инсульт – в 80,4% случаев, геморрагический инсульт – у 12,2% больных, субарахноидальное кровоизлияние – в 7,4% случаев. Частота заболеваемости инсультами нарастает к 65-70 годам.

У женщин отмечается первый пик заболеваемости в возрасте 50-54 лет, затем после 65 лет, причём максимум приходится всё же на лиц старше 65 лет. У мужчин же отмечается омоложение заболеваемости инсультами - с 45 до 59 лет и в 65-69 лет. Это связано с наличием большего количества факторов риска, таких как не леченная артериальная гипертензия, курение, стрессы, массивная алкоголизация, отсутствие стремления к здоровому образу жизни.

Как показывает исследование основными причинами, приведшими к инсульту, являлись артериальная гипертензия (мужчины - 80 %, женщины - 48 %), заболевания сердца (мужчины - 68 %, женщины - 56 %), физические нагрузки (мужчины - 50 %, женщины - 35 %), токсические поражения нервной системы (мужчины - 15 %, женщины - 7 %).

Обращает на себя внимание, тот факт, что наиболее значимым фактором риска является артериальная гипертензия. Курение явилось значимым фактором риска у мужчин - у 78 %. Сахарный диабет как фактор риска в значительной степени преобладал у женщин – в 22 % случаев, по сравнению с 7 % у мужчин. Стрессовая ситуация накануне инсульта присутствовала у 12-19 % больных. Сочетание 2 факторов риска наблюдалось в 64,1 % случаев, трех и больше факторов – у 22,2 % больных.

Таким образом, наиболее значимым фактором риска, в связи с высокой распространённостью и силой пагубного воздействия на организм, является артериальная гипертензия. Постоянный контроль и регулярный прием гипотензивных препаратов, значительно уменьшает риск развития как геморрагического, так и ишемического инсульта.

В течение года отмечаются пики заболеваемости инсультами. Всплески отмечаются в зимние месяцы, особенно в период новогодних праздников и в мае-июне, и сентябре, которые связаны с чрезмерной физической активностью людей в период «дачных» работ, чрезмерным пребыванием на улице в солнцепёк и сезонными колебаниями погоды.

Во время проводимого исследования выявлена большая группа больных с повторным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и его последствиями. Из 108 обследованных пациентов повторный инсульт развился у 18 человек (17 %), в том числе у мужчин в 19,6 % случаев, у женщин - в 13,9 %. По типам повторных инсультов из всей группы инфаркт мозга составил 94 %, геморрагический инсульт 5 %, субарахноидальное кровоизлияние 1 %. В связи с этим необходимо проводить вторичную профилактику инсульта. Вторичная профилактика инсульта должна начинаться уже в стационаре, а достигать своего максимума в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

В организации работы медицинской сестры с пациентами, перенесшими инсульт, важен системный подход, который позволит пациенту получить полноценный уход, повысить качество его жизни, а медицинской сестре осуществить полноценный сестринский мониторинг, предотвратить возможные осложнения и помочь ему решить возникающие у него проблемы [3]. Для этого необходимо рассмотреть организацию сестринского наблюдения.

К основным сестринским вмешательствам при лечении больных с данной патологией относятся: контроль уровня сатурации в крови и поддержание оптимального уровня оксигенации, постоянный мониторинг и контроль сердечно-сосудистой деятельности. Оценка деятельности сердечно-сосудистой системы в условиях отделения реанимации осуществляется путем непрерывного мониторингования и регистрации механических,

акустических и биоэлектрических проявлений сердечной деятельности. Коррекция нарушений дыхания - основные причины обструкции дыхательных путей это западание корня языка, аспирация рвотными массами, участие кашлевого рефлекса и накопление мокроты в трахеобронхиальном дереве. Необходимы контроль основных параметров гемостаза крови - кислотно-основного состояния, биохимических констант, профилактика тромбоза в глубоких венах и легочной артерии и др. Это зависимые сестринские вмешательства и роль медицинской сестры заключается в правильном и своевременном заборе материала, постоянном контроле за глотанием (профилактика аспирационной пневмонии и обеспечения адекватного питания) [4].

Психоэмоциональные расстройства очень сильно затрудняют процесс лечения, ухода и реабилитации. Поэтому медицинская сестра обязана объяснить причину возможного неадекватного поведения пациента родственникам, Следует согласовать с врачом ограничение общения пациента. При боли в парализованных конечностях задача медицинской сестры – облегчить страдание, по назначению врача обеспечить введение обезболивающих препаратов. Обязательно должны проводиться профилактика пролежней, контроль за функционированием мочевого пузыря, кишечника, профилактика застойных явлений в легких, мероприятия по восстановлению двигательных навыков, речи, навыков чтения и письма, навыков самообслуживания - это зависимые сестринские вмешательства и расширение объема двигательной активности происходит под контролем и решением врача [4,5].

### **Заключение**

Таким образом, наиболее часто встречаемой формой ОНМК был ишемический инсульт. Частота заболеваемости инсультом как у мужчин, так и у женщин нарастает к 65-70 годам. У мужчин же отмечается омоложение заболеваемости инсультами, что подтверждается ее высоким уровнем в возрасте с 45 до 55 лет. Это связано с наличием большего количества факторов риска, таких как артериальная гипертензия, курение, стрессы, массивная алкоголизация, отсутствие стремления к здоровому образу жизни.

Грамотная организация сестринского ухода за больными, перенесшими инсульт, способствует повышению эффективности проводимой реабилитации больных с данной патологией на стационарном этапе лечения.

### Список литературы

1. Баюнепов Н.К., Бурд Г.С., Дубровская М.К. Реабилитация больных при острых нарушениях мозгового кровообращения. Методические рекомендации. - М., 2011 г.

2. Риверчук И.В., Терентьева А.А. «Роль медсестры в оказании психотерапевтической помощи» // Медицинская сестра. – 2008 г. - №1.- С. 3-4.
3. Скворцова В.И., Иванова Г.Е., Стаховская Л.В. Итоги реализации Программы по снижению заболеваемости, смертности и инвалидизации от цереброваскулярных заболеваний в РФ. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Острые нарушения мозгового кровообращения». – Самара, 2012. С. 5–17.
4. Котова. С.В. Сестринское дело в неврологии – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 248с.
5. Елифанов А. В., Елифанов В. А. Реабилитация больных, перенесших инсульт. – Москва, "Медицина", 2013 г.

---

Дмитриева Марина Константиновна – к.м.н., доцент кафедры сестринского дела Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, ул. Советская 6, тел. 89228299796, e-mail: dmitrievamk@mail.ru

## АНАЛИЗ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ «ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

**Ефремова Л.Ю.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск*

Рассмотрены оснащение и организация работы приемного отделения областного клинического госпиталя ветеранов войн, проанализированы особенности контингента поступающих больных, потери времени в ходе обслуживания, даны рекомендации по совершенствованию работы отделения. Работа основана на статистической характеристике 1548 больных, поступивших в приемное отделение за период исследования, т. е. с января по декабрь 2016 года.

**Ключевые слова:** организация работы, приемное отделение, госпиталь ветеранов

## Analysis of admission office activities in Chelyabinsk regional clinical veteran's hospital

**Efremova L.Y.**

*South Urals State Medical University, Chelyabinsk*

The equipment and organization of the work of the admission department of the regional clinical hospital of war veterans are considered, the features of the contingent of incoming patients, the loss of time during the service, the recommendations for improving the work of the department are analyzed. The work is based on a statistical characteristic of 1,548 patients admitted to the admission department during the study period, that is, from January to December 2016.

**Keywords:** work organization, admission office, veteran's hospital

Приемное отделение называют воротами больницы и «форпостом стационара» [1,2]. При существующей жесткой системе контроля медицинской обоснованности и сроков госпитализации возрастает ответственность приемного покоя за высокоэффективную и рациональную работу всего Челябинского областного клинического терапевтического госпиталя ветеранов войн, далее ЧОКТГВВ.

**Целью** настоящего исследования являлась разработка предложений по совершенствованию работы приемного покоя и стола справок госпиталя.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить структуру, штаты, организацию работы приемного отделения;
2. Ознакомиться с категориями граждан, получающими по программе государственных гарантий бесплатную медицинскую помощь;
3. Проанализировать проведение приема, регистрацию, медицинскую сортировку, санитарную обработку больных, поступающих в стационар госпиталя, оказание экстренной медицинской помощи, обеспечение мероприятий по профилактике заноса и распространения инфекционных заболеваний.
4. Предложить конкретные меры по повышению эффективности работы приемного покоя и стола справок ЧОКТГВВ.

### **Материалы и методы исследования**

В соответствии с целью и задачами исследования, методом непосредственного наблюдения во время исполнения обязанностей руководителя подразделения изучены:

современное состояние организации работы,  
структура отделения, штаты и их укомплектованность,  
оснащение, документация приемного отделения ЧОКТГВВ.

Для детального анализа организации работы приемного отделения была разработана специальная «Карта изучения приемного отделения», содержащая 15 вопросов, которые отражают основные стороны организации деятельности приемного отделения.

В соответствии с поставленными задачами экспертной оценке подверглись вопросы:

-полноты и своевременности оказания экстренной помощи, проведения диагностических исследований в приемном отделении;

-затрат времени на разные элементы обслуживания больного в приемном отделении.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Нами дана статистическая характеристика 1548 больных, поступивших в приемное отделение за период исследования, т. е. с января по декабрь 2016 года.

Возрастно-половая структура госпитализированных больных характеризуется значительной долей (71,4%) лиц пожилого и старческого возраста и преобладанием мужчин (75,2%).

Прием пациентов на госпитализацию осуществляется с 8 до 20 часов ежедневно в плановом (86%) и экстренном (14%) порядке. Выписка больных проводится с 8 до 11 часов. На плановую госпитализацию городских пациентов направляют участковые терапевты, кардиолог, эндокринолог (46,5%), пациентов из области принимают по

направлениям терапевта ЦРБ (52,1%), самостоятельно обращаются в приемный покой госпиталя единичные (0,1%) пациенты, из других медицинских учреждений также поступает небольшая доля (1,7%) госпитализируемых.

Поток больных имеет определенные сезонные колебания. При анализе поступления по сезонам отмечен пик поступлений в зимний период - 31% всех больных, весной поступает 26,5% госпитализируемых, летом - 16,7% и осенью 25,8% от общего числа поступлений за год.

Хронометраж и опрос работников показали, что все затраты времени на работу с больным в приемном отделении, можно разделить на три группы:

1. Опрос и осмотр больного, оформление документации (регистрация в журнале учета приема больного (форма №001/у), создание электронной медкарты стационарного больного (форма №003/у), статистической карты вышедшего из стационара (форма 066/у).

2. Затраты времени на различные диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования: ЭКГ, УЗИ, рентген), консультации специалистов, экстренную неотложную помощь.

3. Потери времени в связи с ожиданием больными каких-либо элементов действия персонала приемного отделения, а также в связи с неравномерностью поступления пациентов (чаще одновременное поступление с 10 до 13 часов) встречаются в 70,6% случаев.

Проведенный структурный анализ свидетельствует, что приемный покой госпиталя имеет полный набор помещений согласно СанПиН [3,4], но выявлен дефицит метража по нормам площади. Подъездные пути содержатся в удовлетворительном состоянии, оборудованы пандусы для лиц с ограниченными возможностями. В холле приемного отделения имеется терминал - компьютерная система для регулирования очереди.

Санитарный режим (кварцевание, влажная уборка помещений), нормы санитарной обработки поступающих больных, правила приготовления дезинфицирующих растворов в целом соблюдаются.

Штатная численность и категории персонала, работающего в приемном отделении, соответствуют коечной мощности госпиталя [1]. Руководитель подразделения – выпускница факультета ВСО, в подчинении которой работают 3 медицинские сестры, 2 санитарки и 2 медрегистратора.

Учетно-отчетная документация, предусмотренная в приемном отделении, ведется согласно утвержденным формам, заполняется в электронном варианте, что облегчает подготовку материалов для анализа работы приемного отделения и обсуждения вопросов работы структурного подразделения госпиталя на врачебных конференциях.

С внедрением новой современной системы «Кардиоджет» сократилось время снятия ЭКГ.

Анализ показателей работы приемного покоя в динамике за 2012-2016 гг. позволил сделать выводы и наметить пути повышения качества работы.

### **Выводы:**

1. Работа приемного покоя госпиталя организована с учетом категорий граждан, получающих бесплатную медицинскую помощь по программе государственных гарантий – это инвалиды и участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, граждане из подразделений особого риска, вдовы и родители погибших ветеранов боевых действий. Существующий принцип госпитализации – внимательное и вежливое отношение, максимально точная и быстрая постановка диагноза и оказание необходимой медицинской помощи пациенту ведет к сокращению времени приема в отделении.

Наличие двух рабочих мест медрегистраторов, оборудованных компьютерами, дает возможность проводить стандартизованный контроль качества лечебно-диагностических мероприятий. В приемном покое используются следующие информационные системы:

- Медицинская информационная система Medwork - госпитальная электронная история болезни,
- Медицинская информационная система БАРС - региональная электронная история болезни,
- Информационная система ИСОМП - программа ФОМС по учету госпитализаций пациентов, отслеживает время нахождения в очереди на стационарное лечение.

2. Изучение штатного расписания показало, что возрастной состав приемного покоя типичен для современного российского здравоохранения - 80% сотрудников имеет возраст старше 55 лет.

3. Наблюдается неравномерность потока больных по месяцам года, дням недели, по часам суток, что необходимо учитывать при планировании работы отделения.

4. Отмечено увеличение уровня госпитализации областных пациентов, которые не могут пройти в полном объеме необходимые исследования по месту жительства.

5. В структуре заболеваемости больных, поступающих в госпиталь, первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (47%), неврологические заболевания, психоэмоциональные травмы участников боевых действий - 25%, заболевания органов пищеварения - 15%, прочие заболевания – 13%. Именно эти группы больных определяют основной объем работы приемного отделения.

*Предложения:*

1. В соответствии с существующими нормативными актами обеспечить полный набор помещений соответствующей площади для оказания неотложной помощи в условиях приемного отделения.

2. Необходимо совершенствование материально-технической базы приемного отделения. Исходя из объема работы и целесообразности, следует рассмотреть вопрос о модернизации компьютеров и оснащения их блоками бесперебойного питания (ИБП).

3. Усилить контроль соблюдения очередности согласно электронной записи. Использовать современный регламент оформления медицинской документации, времени и порядка пребывания в приемном отделении, объемов оказания помощи.

4. Рассматривать вопросы организации и качества работы приемного отделения на больничных конференциях.

Список литературы

1. Структурные подразделения учреждений здравоохранения и положения о них. Приемное отделение // Справочник заведующего отделением. М., 2001. – Разд. IV. – С.113-130,
2. Рябчинская, Н. П. Особенности профессиональной деятельности медсестры приемного отделения стационара / Н. П. Рябчинская, Л. В. Бирюкова, А. И. Юдина // Медицинская сестра. – 2010. – № 3. – С. 30 – 34.
3. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы СанПиН 3.5.2528 –09. Дополнение №2 к СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров».
4. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

---

Ефремова Людмила Юрьевна - ассистент кафедры сестринского дела и ухода за больными, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, тел. +79049721152 ,e -mail: Elen19811@mail.ru

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР В НЕЙРОНАУКЕ

**Ломова О.С., Ломова Я.Ю.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, колледж, г. Омск*

В статье рассмотрены характерные особенности передовых технологий визуализации мозговых структур в нейрохирургической практике: компьютерная и магнитно-резонансная томография, диффузионно-взвешенная и перфузионно-взвешенная магнитно-резонансная томография, позитронная эмиссионная томография и спектроскопия. Обоснована необходимость использования данных методов с диагностической целью и для детального изучения процессов работы головного мозга.

**Ключевые слова:** нейрохирургия, нейровизуализация, головной мозг, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография.

## Use of advanced technologies of visualization of brain structures in neurosurgical practice

**Lomova O.S., Lomova Y.Y.**

*Omsk state medical university, Omsk*

In the article the characteristic features of the advanced technologies of visualization of brain structures in neurosurgical practice are considered: computer and magnetic resonance imaging, diffusion-weighted and perfusion-weighted magnetic resonance imaging, positron emission tomography and spectroscopy. The necessity of using these methods with a diagnostic purpose and for a detailed study of the processes of the brain functioning is substantiated.

**Keywords:** neurosurgery, neuroimaging, brain, computed tomography, magnetic resonance imaging, positron emission tomography.

Стремительное развитие медицины, а так же успех лечения во многом определяется своевременным и точным диагностированием заболевания и мониторингом эффективности терапии. Эти задачи решаются с помощью использования различных технологий визуализации, многие из которых применяются и в нейронауке. Наиболее распространенными из них являются компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), диффузионно-взвешенная и перфузионно-взвешенная магнитно-

резонансная томография, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) и спектроскопия, дающие качественную информацию относительно структурно функционального состояния головного мозга [1].

КТ является одним из информативных методов диагностики сосудистых заболеваний мозга и имеет ряд преимуществ перед обычным рентгенологическим исследованием: позволяет дифференцировать отдельные органы и ткани, отличающиеся по плотности в пределах 0,5 - 2% и взаимоотношения патологического очага с ними; дает точную количественную информацию об их размерах; обеспечивает четкое изображение органов и патологических очагов без наложения выше и ниже расположенных образований [2]. Неинвазивность метода обеспечивает его преимущества над инвазивными методами исследования (ангиография, пневмоэнцефалография).

Метод КТ позволяет четко отличать геморрагию от инфаркта мозга. С помощью него возможна прижизненная диагностика отдельных лакунарных инфарктов, которые выявляются как небольшие очаги сниженной плотности в глубоких структурах головного мозга. Значительна роль КТ в диагностике воспалительных заболеваний головного мозга, гидроцефалии, церебральной аневризмы и субарахноидального кровоизлияния. Метод четко верифицирует внутримозговую гематому, достоверно диагностирует опухоль головного мозга и позволяет поставить правильный гистологический диагноз.

В настоящее время с КТ успешно конкурирует метод МРТ, который основывается на феномене ядерно-магнитного резонанса и до сих пор является «золотым стандартом» в нейровизуализации. МРТ дает возможность получения трехмерного объекта без изменения его положения и передвижения сканирующего прибора, а так же получения изображения срезов в разных плоскостях. Это важно для диагностики патологических процессов в головном мозге, на основании черепа, в задней черепной ямке, в участке краниовертебрального перехода [3]. Метод ценен тем, что физиологические движения в организме человека существенно не влияют на изображение.

С помощью МРТ получают контрастное изображение белого и серого мозгового вещества, а также ликворных пространств мозга в соответствии с градацией оттенков так называемой серой шкалы. На МР-томограмме хорошо проявляются опухоли, кисты, абсцессы, ишемические и геморрагические очаги. В отличие от КТ, МРТ дает возможность диагностировать патологические процессы в стволе головного мозга и мозжечке.

Диффузионно-взвешенная томография (ДВТ) — метод МРТ, основанный на регистрации скорости перемещения (покрываемой движением площади) меченных радио-импульсами протонов. Он позволяет полуколичественно оценить броуновское движение (температурную миграцию) молекул воды в организме.

Диффузионно-взвешенная (ДВ) МРТ была впервые описана Carr и Purcell в 1954 г. В 1975 г. P. Mansfield развил эхо-планарные изображения, которые стали основанием для внедрения ДВ изображений в клиническую практику.

Магнитная резонансная спектроскопия (МРС) — метод, позволяющий по концентрации определенных метаболитов определить биохимический состав тканей. В МРС используют ядра любых атомов с нечетным числом протонов, но наилучший сигнал формируют ядра водорода. Метод был предложен еще в 1970-х гг., но долгое время его развитие сдерживалось отсутствием должного аппаратного обеспечения.

С помощью МРС возможно проведение дистантного нейрхимического анализа метаболических изменений денервированной ткани в норме и при различных патологических состояниях на субмолекулярном уровне. Этот метод позволяет определить внутриклеточный pH мозга, концентрацию аминокислот, липидов, гликогена и других метаболитов.

Среди всех методов группы Neuroimaging МРС дает возможность в наиболее ранние сроки диагностировать ишемию мозга, признаки которой появляются уже через 30 мин после развития. Информативный этот метод также для ранней диагностики отека головного мозга ишемической природы. Обнаружено, что в зоне ишемии и соответствующем участке противоположного полушария мозга внутриклеточный pH смещается в сторону алкалоза, что расценивают как неблагоприятное условие для восстановления неврологических функций. Существенные изменения метаболизма высокоэнергетических фосфатов обнаружены с помощью МРС и при мультиинфарктной деменции.

Перспективным является применение МРС в нейроонкологии. Во время обследования методом <sup>31</sup>P-МРС выявляется смещение pH в щелочную сторону с ростом степени малигнизации. Этот метод можно использовать также для оценки эффективности лечения опухолей головного мозга, выбора самого адекватного терапевтического режима.

Широкое использование МРС в нейрофармакологии позволит изучать концентрации меченых фармакологических препаратов в сосудистом русле различных органов, в том

числе в мозге. С помощью  $^{23}\text{Na}$ - и  $^{39}\text{K}$ -МРС принципиально возможны исследования процессов на клеточно-мембранном уровне, в частности изменений калий-натриевых взаимоотношений внутри клетки и снаружи.

В связи с отсутствием ионизирующего излучения методика МРС безвредна. Потенциальные диагностические возможности ее в различных отраслях медицины, в том числе и неврологии, очень большие. Последующее усовершенствование техники МРС будет способствовать повышению чувствительности и специфичности метода, позволит изучать церебральный метаболизм, основываясь на спектральном анализе самых разнообразных химических элементов.

Функциональная МРТ (фМРТ) — метод картирования коры головного мозга, позволяющий определить индивидуальное местоположение и особенности областей мозга, отвечающих за движение, речь, зрение, память и другие высшие корковые функции. Суть метода заключается в фиксации повышенного кровотока в активированных отделах коры головного мозга. Возможности современных МР-томографов решают проблему анатомической визуализации структур головного мозга, включая сосудистую и ликворную системы, а также позволяют оценивать функциональное состояние головного мозга [4].

Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) совмещает возможности КТ и радиоизотопной диагностики. Одним из важных направлений использования ПЭТ является изучение сосудистой патологии головного мозга: регионарного метаболизма, кровообращения головного мозга, церебрального метаболизма и углубленного изучения эпилепсии. Принцип метода заключается во введении в организм фармакологических препаратов, содержащих малое количество изотопа, который недолго существует. После распространения соединения внутри организма снимается карта распределения изотопа - позитронно-эмиссионная томограмма. Метод неинвазивный, отсутствие остаточного ионизирующего излучения делает его безопасным для больных и поэтому позволяет наблюдать за ними в динамике [5, 6].

Нейровизуализация является одним из основных условий адекватной диагностики, лечения и прогнозирования многих заболеваний нервной системы. Благодаря новейшим техническим достижениям в области лучевой диагностики, можно оценить функциональные и метаболические процессы, протекающие в центральной нервной системе, а так же детально изучить процесс работы головного мозга, его цитоархитектонику. Таким образом, применение технологий визуализации мозговых

структур позволяет с высокой диагностической эффективностью выполнить обследование пациентов, выявить патологические изменения и спланировать адекватную тактику лечения.

#### Список литературы

1. Осипов, Л. В. Ультразвуковые диагностические приборы: режимы, методы и технологии. / Л. В. Осипов – М.: Изомед, 2011. – 316 с.
2. Верещагин, Н. В., Брагина, Л. К., Вавилов, С.Б. Компьютерная томография мозга. / Н. В. Верещагин, Л. К. Брагина, С. Б. Вавилов – М.: Медицина, 1986. – 256 с.
3. Ломова, О.С. Использование передовых технологий визуализации мозговых структур в нейрохирургической практике / О.С., Ломова, Я.Ю. Ломова // Сб. статей IX международной науч.-практ. конф. Advances in Science and Technology. – Москва, 2017. - С. 35 – 37.
4. Добрынина, Л. А. Возможности функциональной и структурной нейровизуализации в изучении восстановления двигательных функций после ишемического инсульта // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2011. №5 (3). С. 53 - 61.
5. Гусев, Е. И. Неврология. Национальное руководство. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова, А. Б. Гехт – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1064 с.
6. Weissleder, R. Molecular imaging in cancer. / R. Weissleder. – Science, 2006. 312 (5777): 1168 – 71.

---

Ломова Ольга Станиславовна - к.т.н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, колледж, г. Омск, тел. 89048234922, e-mail: [190567@mail.ru](mailto:190567@mail.ru).

## О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Петрова Н.Г.**

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург*

В статье приведены результаты хронометража работы старшей медицинской сестры отделения. Установлено, что средняя длительность ее рабочего дня превышает нормативную на 1 час.25 мин. При этом доля личного времени в структуре рабочего дня составляет только 5,2% (30 мин.). Приведены результаты социологического опроса медицинских сестер. Половина из них удовлетворена не в полной мере или не удовлетворена своей работой; 63,4% - организацией труда. 63,3% опрошенных испытывают чувство перенапряжения в работе. Отметим факты нарушения деонтологических норм в общении с пациентами 13,3% медицинских сестер.

**Ключевые слова:** средний медицинский персонал, острое нарушение мозгового кровообращения, социологический опрос, хронометраж.

## About the problems of organization of nursing assistance in the department for patients with stroke

**Petrova N.G.**

*First St. Petersburg State Medical University I.P. Pavlov, St. Petersburg*

The article shows the results of the timing of the work of the senior nurse of the stroke department. It is established that the average duration of its working day exceeds the normative one hour by 25 minutes. At the same time, the share of personal time in the structure of the working day is only 5.2% (30 minutes). The results of a sociological survey of nurses are given. Half of them are not fully satisfied or dissatisfied with their work; 63.4% - by the organization of work. 63.3% of respondents feel a sense of strain in their work. The violations of deontological norms in communicating with patients were noted by 13.3% of nurses.

**Keywords:** nurses, stroke, sociological survey, timekeeping

В настоящее время в России сосудистые заболевания головного мозга занимают второе место среди всех причин смерти населения [1]. Неуклонно увеличивается число инвалидов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Ежегодно увеличивается число госпитализированных больных, что способствует увеличению нагрузки на медицинский персонал, росту напряженности

труда и может сказываться на качестве оказываемой медицинской помощи. В полной мере это относится к среднему медицинскому персоналу, деятельность которого имеет важнейшее значение в лечении, реабилитации, профилактике осложнений и повторного возникновения ОНМК [2,3]. Поэтому анализ работы этих специалистов и разработка мер по ее оптимизации является весьма актуальной задачей.

**Целью** работы являлось выявление проблем в работе старшей медицинской сестры и медицинских сестер специализированного отделения для больных с ОНМК.

### **Материалы и методы исследования**

Был проведен хронометраж 30 рабочих дней старшей медицинской сестры отделения для больных с ОНМК. Важно отметить, что при неизменной штатной структуре за три года среднегодовая занятость койки увеличилась с 359 до 511. При этом укомплектованность штата среднего медицинского персонала составляет 84,0%. Все это не может не сказаться на работе персонала.

При проведении хронометража все трудозатраты старшей медицинской сестры были разделены на две группы:

А. Производительное время, к которому относятся:

1. Основная деятельность - контроль работы сестринского и младшего персонала, работа со вспомогательными службами.

2. Административная работа - обмен информацией с оперативным отделом, главной медицинской сестрой, бухгалтерией, отделом кадров и администрацией стационара, участие в комплексных и административных обходах, сбор информации о потребностях отделения, выдача лекарственных средств и расходного материала и др.

3. Работа с документами - деятельность, связанная с заполнением документации старшей медицинской сестрой, составлением планов на текущий день, месяц, квартал, год, а также отчетов, накладных, графика дежурств на месяц, отпусков и др.

4. Учебно-воспитательная деятельность - подготовка, проведение конференций, учебных занятий, работа со студентами.

5. Хозяйственная деятельность - контроль качества ремонтных работ, хозяйственного состояния отделения.

6. Служебные разговоры - распоряжения медицинскому персоналу, обмен информацией между отделениями в стационаре и другими службами.

Б. Непроизводительное время: личное и необходимое время для приема пищи, личной гигиены, не связанное с обслуживанием пациентов; краткосрочный отдых.

На втором этапе исследования был проведен опрос среднего медицинского персонала (50 чел.), работающего в отделении. Карта опроса включала 25 вопросов открытого и закрытого типа.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Было установлено, что общая продолжительность рабочей смены, старшей медицинской сестры, согласно проведенному хронометражу, составила 9 часов 25 минут. В структуре рабочего времени подавляющую часть (94,8%) составило производительное время, в т.ч. 42,4% - основная деятельность, связанная с организацией и контролем за работой среднего и младшего медицинского персонала.

На втором месте в данной структуре с удельным весом 19,9% - трудозатраты, связанные с оформлением медицинской документации. 11,8% времени занимает административная деятельность. Ниже доля затрат времени на проведение учебно-воспитательной работы (8,4%), хозяйственную работу (7,2%), служебные разговоры (5,2%). Таким образом, на основную деятельность тратится в среднем более 4 часов в день (248 мин.), работу с документацией – почти 2 часа (112 мин.), административную деятельность – более часа (69 мин.), остальные виды деятельности – от 30 мин. до 49 мин. И только 30 мин. при вышеуказанной продолжительности трудового дня старшая медицинская сестра может потратить на личные нужды. Такой режим работы, на наш взгляд, может отразиться на состоянии ее здоровья и привести к развитию синдрома нервного истощения или эмоционального выгорания.

Эффективный кадровый менеджмент возможен при наличии устойчивой обратной связи между руководителем и подчиненными. Для ее формирования важен постоянный учет мнений сотрудников. Анализ результатов анкетирования медицинских сестер показал, что половина опрошенных (50,0%) была удовлетворена своей работой; 46,7% - удовлетворены не в полной мере; 3,3% не удовлетворены. 76,7% отметили, что идут на работу с желанием (23,3% без особого желания). В качестве основной причины неудовлетворенности своей работой медицинские работники называют низкую заработную плату, что отметили 50,0% опрошенных. Также в качестве причин неудовлетворенности указывались: плохие условия труда (10,0% респондентов), плохие взаимоотношения в коллективе (6,7%), неудовлетворенность результатами труда (3,3%) и прочие. Дополнительно респондентам был задан вопрос о том, насколько они удовлетворены организацией трудового процесса. Только 36,6% опрошенных высказали удовлетворенность (30,0% были не вполне удовлетворены,

33,4% совсем не удовлетворены). Организацию своего рабочего места считали недостаточной 60,0% респондентов. Среднему медицинскому персоналу было предложено оценить обеспечение отделения лекарственными средствами и средствами ухода за пациентами и дезинфекции. 63,3% респондентов отметили, что имеют место задержки в обеспеченности ими, что может вести к нервно-психическому напряжению персонала.

Не случайно поэтому, что значительная часть (63,3%) респондентов указала на то, что испытывает чувство перенапряжения в работе. В возрастной группе 40-49 лет показатель достигал 90,5%, а в возрасте старше 50 лет – 100%. Лишь 43,3% опрошенных считали, что имеют достаточно времени для отдыха.

Неудовлетворенность трудом и перенапряжение в работе могут сказываться на качестве медицинского обслуживания, в т.ч. на его деонтологическом компоненте. Проведенный опрос показал, в частности, что, хотя большинство (86,7%) медицинских сестер считают, что, как правило, они бывают вежливы и тактичны с пациентами, однако 13,3% отмечают, что иногда допускают грубость. А обучением родственников пациентов (что крайне необходимо для данной категории больных) постоянно занимаются только 23,3% опрошенных.

### **Выводы**

Таким образом, проведенное исследование показало, что в организации труда среднего медицинского персонала отделения для больных с ОНМК имеется ряд проблем. Отделение работает с перегрузкой, при этом имеет место неуккомплектованность штата среднего медицинского персонала, что увеличивает интенсивность работы всех его категорий и может сказаться на состоянии здоровья и качестве медицинской помощи. Ввиду значительной загруженности старшая медицинская сестра ежедневно перерабатывает, имеет минимальное время для отдыха и удовлетворения личных нужд в течение трудового дня, менее половины времени тратит на контроль за работой подчиненных. Значительная часть медицинских сестер не в полной мере или не удовлетворена своей работой (что может являться мотивом для ее смены), в т.ч. условиями и организацией труда, испытывает чувство психоэмоционального перенапряжения, что может вести к эмоциональному срыву и являться причиной нарушения деонтологических норм и правил. Поэтому задачей руководителя (отделения и стационара) является привлечение специалистов для полного укомплектования штата, совершенствование информационных технологий для

сокращения документооборота, совершенствование системы мотивации, в т.ч. путем создания условий для психологической разгрузки и постоянного повышения уровня квалификации медицинских сестер.

Список литературы

1. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // *Фундаментальные исследования*, 2012. – № 8 (часть 2). – С. 424-427.
2. Маслова Н.Г. Повышение качества медицинской помощи при лечении инсульта. // *Медицинская сестра*, 2015.- № 1. - С. 24 – 26.
3. Aadal L., Angel S., Dreyer P., Langhorn L., Pedersen B.B. Nursing Roles and Functions in the Inpatient Neurorehabilitation of Stroke Patients: A Literature Review // *J. Neurosci. Nurs*, 2013. - Jun; 45(3):158-170.

---

Петрова Наталья Гурьевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, факультет высшего сестринского образования, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, тел. +7911 242-48-85, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru.

## **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛАПАЕВСКОГО РАЙОНА И ГОРОДА АЛАПАЕВСКА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ)**

**Русанова М.Ю., Шардин С.А., Подгаева В.А., Шардина Л.А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью, г. Екатеринбург*

Выявление в процессе диспансеризации пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями факторов риска их возникновения и развития играет важную роль в сохранении здоровья сельского населения. Меры по совершенствованию и повышению качества клинического обследования населения вместе с последующей эффективной организацией ему медицинской помощи вносят реальный вклад в профилактический компонент деятельности участкового терапевта.

**Ключевые слова:** факторы риска, группы здоровья, хронические неинфекционные заболевания.

## **The prevalence of risk factors for chronic noncommunicable diseases in rural areas (for example, Alapaevsk district, according to the results of clinical examination of certain of the adult population)**

**Rusanova M.Y., Shardin S.A., Podgaeva V.A., Shardina L.A.**

*Ural State Medical University, Ykaterinburg*

The study found that the efficiency of clinical examination plays an important role in maintaining the health of the rural population. Measures of quality improvement organization of clinical examination together with efficient organization of follow-up, will bring real prevention component in the practice of the local therapist.

**Keywords:** risk factors, health groups, chronic non-communicable diseases.

Актуальность настоящего исследования связана с демографической ситуацией в Российской Федерации (РФ) среди сельского населения, которая в настоящее время характеризуется высокими показателями смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, и понижением уровня рождаемости на фоне роста продолжительности жизни и увеличения численности лиц пожилого возраста [1].

Основными причинами утраты трудоспособности и увеличения смертности в РФ являются такие неинфекционные заболевания, как патология системы органов кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и сахарный диабет [2]. Чрезвычайно важно отметить, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, в частности, повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, табакокурение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение.

Особое значение для российского общества в последнее время стали приобретать охрана и укрепление здоровья населения, проживающего в условиях сельской местности. Почти треть населения России (на 1 января 2015 года. - 37,9 млн. человек) проживает в сельской местности, где уровень и качество жизни населения в целом существенно отстают от таковых в городах. Причины данного негативного обстоятельства связаны со снижением доступности медицинской помощи жителям села, ограничением возможности оказания им квалифицированной и специализированной помощи, удалённостью и труднодоступностью многих районов, неудовлетворительным дорожно-транспортным сообщением, высокой стоимостью проезда до центральных районных больниц и т.д.

Изучая состояние здоровья сельского населения, мы можем оценить его как критическое, требующее принятия неотложных мер по его охране и укреплению. Успешное решение данной актуальной проблемы неразрывно связано с развитием диспансеризации населения как важнейшего и доступного для здравоохранения метода профилактики заболеваний. Наиболее активные перемены в плане совершенствования мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в Российской Федерации начались в 2013 году с внедрения в практику диспансеризации взрослого населения на новых методологических и организационных основах [3].

### **Цель работы**

В контексте изложенного цель настоящего исследования заключается в сравнительной оценке у сельских жителей Алапаевского района и лиц, проживающих в городе Алапаевске Свердловской области, особенностей структуры определённых групп взрослого населения и распространённости выявляемых в них факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, осуществлённой в 2015-м году в ходе диспансеризации.

## Материалы и методы исследования

Исследование проведено методом сбора и экспертного анализа материалов анкетирования пациентов согласно Приложению № 1 к Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 16 января 2014 года № 34-п, а также изучения ежемесячного мониторинга результатов диспансеризации в Алапаевской ЦРБ и городе Алапаевске. Изучалась структура выявленных заболеваний в соответствии с учётной формой 131/0 (таблица 5000) и факторами риска развития ХНИЗ (таблица 4000). В зависимости от характера полученных данных осуществлено распределение прошедших диспансеризацию граждан по группам здоровья с учётом выявления ХНИЗ и факторов риска (таблица 7000), оценён охват обследованных лиц мерами первичной и вторичной профилактики (углублённое профилактическое консультирование).

В настоящее время одной из основных задач диспансеризации, как известно, является определение группы здоровья у каждого гражданина, необходимое для выбора профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий. Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья у гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии [4]:

I группа состояния здоровья – это граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний, или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно–сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу каких-либо других заболеваний (состояний).

II группа состояния здоровья – это граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, однако имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно–сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу каких-либо других заболеваний (состояний).

III группа состояния здоровья – это граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), в связи с чем нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Одним из основных критериев эффективности диспансеризации взрослого населения считается увеличение числа граждан, относящихся к I-й группе здоровья, и уменьшение числа граждан из II-й и III-й групп здоровья [5].

Обработка полученных нами данных базировалась на методах описательной статистики с расчётом средних и относительных величин и оценкой статистической достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В Алапаевской ЦРБ в 2015 году диспансеризацией было охвачено 4775 жителей сельского населения, тогда как в самом Алапаевске - 7749 лиц из числа горожан. Уровень обнаружения ХНИЗ в 2015 году оказался достоверно выше в Алапаевском районе, чем в городе Алапаевске ( $p < 0,05$ ). Сопоставляя сведения о впервые выявленной патологии, можно отметить лидирующие позиции артериальной гипертензии у городского населения, в то время как сахарного диабета, ишемической болезни сердца, онкологии и глаукомы - у жителей сёльской местности ( $p < 0,05$ ).

Диагностика ранних форм болезней и предотвращение осложнений, связанных с запущенностью имеющейся патологии, как известно - один из критериев эффективности диспансеризации. Анализируя количество граждан, имеющих факторы риска развития ХНИЗ, нами установлен целый ряд негативных факторов, среди которых по частоте встречаемости у сельского населения первое место занимает нерациональное питание (29,5%;  $p < 0,05$ ), второе - курение (22,8%), третье - низкая физическая активность (20,6%) и четвёртое - артериальная гипертензия (18%). Частота встречаемости факторов риска ХНИЗ у городского населения выглядят иначе: на лидирующих позициях находится курение (30,9%;  $p < 0,05$ ), на втором - повышенное артериальное давление (25,2%), на третьем - нерациональное питание (23,5%) и на четвёртом месте - избыточная масса тела (21%).

Считается доказанным, что распространённость факторов риска развития основных ХНИЗ среди населения связана непосредственно с уровнем смертности от них. При этом опыт большого числа стран мира свидетельствует о том, что мероприятия, направленные на снижение распространённости факторов риска, обуславливают снижение смертности в среднем на 55% [2].

Следовательно, анализируя выявленные факторы риска, мы видим необходимость воздействия на указанные факторы риска и проведения профилактического (краткого

или углублённого) консультирования пациентов. Активные профилактические вмешательства позволяют достаточно быстро и в значительной мере снизить вероятность развития практически у каждого конкретного человека опасных ХНИЗ, а у лиц, уже страдающих указанной патологией, - существенно уменьшить как тяжесть течения заболевания, так и риск возникновения осложнений.

Как уже указывалось выше, сегодня в целях определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья у гражданина и планирования тактики медицинского наблюдения за ним используются специально разработанные критерии. Одним из основным критериев эффективности диспансеризации взрослого населения является увеличение числа граждан, относящихся к I-й группе здоровья, и уменьшение числа граждан во II-й и III-й группах [4].

Оценивая результаты диспансеризации, можно прийти к заключению о том, что число граждан первой группы здоровья в районе оказалось статистически значимо выше на 7,4% ( $p < 0,05$ ), чем в городе, а число граждан второй группы в районе – достоверно ниже на 19% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, есть основания констатировать заметное повышение эффективности проведения диспансеризации взрослого сельского населения в Алапаевской ЦРБ в 2015 году, в сравнении с таковой в городе Алапаевске. Очевидно, именно такая тактика может приводить, во-первых, к снижению уровня посещаемости врача гражданами в связи с обострением у них тех или иных заболеваний и, во-вторых, к уменьшению числа вызовов скорой помощи, а также госпитализаций и случаев инвалидизации пациентов. Однако самое главное возможное достижение диспансеризации взрослого населения села – это снижение количества предотвратимых смертей на участке.

Анализируя полученные нами данные, касающиеся впервые выявленной патологии среди населения города Алапаевска и жителей сельской местности Алапаевского района, в структуре установленных заболеваний можно отметить лидирующие позиции артериальной гипертензии у городского населения, а сахарного диабета, ИБС, онкологической патологии и глаукомы - у сельских жителей ( $p < 0,05$ ).

Сравнивая выявленные факторы риска развития ХНИЗ, нами установлено, что у сельского населения по частоте встречаемости первое место занимает нерациональное питание (29,5%;  $p < 0,05$ ), второе - курение (22,8%), третье – низкая физическая активность (20,6%) и четвёртое – артериальная гипертензия (18%). Среди выявленных факторов риска у городского населения по частоте встречаемости на первом месте

находится курение (30,9%;  $p < 0,05$ ), на втором - нерациональное питание (23,5%) и на третьем – избыточная масса тела (21%).

### **Выводы**

1. На основании полученных нами данных, касающихся распространённости факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и анализа их структуры, в качестве приоритетного направления медицинской профилактики среди сельского населения необходимо рассматривать такие обстоятельства, как здоровое питание, отказ от курения, занятия физической культурой и спортом, а также увеличение числа школ здоровья и совершенствование их деятельности. Повышение эффективности диспансеризации определённых групп взрослого населения с позиций превентивной медицины будет иметь следствием улучшение состояния здоровья жителей не только города Алапаевска, но и сёлчан.

2. Важную роль, как с научной, так и практической точек зрения в ходе изучения рассматриваемой проблемы сыграет и учёт гендерного фактора.

### Список литературы

1. Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года (распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2015 г. № 151-р).
2. Медико-демографические показатели населения Российской Федерации в 2011 г. / Минздрав России // М., 2013.
3. Бойцов С.А. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, Ф.А. Гилёва и др. // Профилактическая медицина, 2013. - № 2 (16). – С.3-12.
4. Шардин С.А. Пол, возраст и болезни: Введение в инфлогенитологию / С.А. Шардин // Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1994. – 174 с.

---

Русанова Марина Юрьевна - аспирант кафедры управления сестринской деятельностью, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. 89068079155, e-mail: z34394@mail.ru .

## ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В МЕГАПОЛИСЕ

**Снегирева Т.Г.**

*Российский университет дружбы народов, г. Москва*

Установлено, что вне зависимости от возраста симптомы синдрома хронической усталости широко распространены, особенно среди работающего населения, но чаще подвержены женщины молодого и среднего возраста, о чем свидетельствуют полученные данные проведенного анкетирования среди сотрудников Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинского колледжа №5» (Филиал №4), сотрудников филиала ФГБУ «РНЦ МРиК» - Лечебно-реабилитационный клинический центр "Юдино" показали, что на начало исследования большинство респондентов имели излишний вес – 42,8%, а в I-я степень ожирения обнаружилась у – 34,3%, II-я степень ожирения - 20% и III-я степень ожирения - 2,8%, при оценке физической формы испытуемых было рассчитано, что у большинства респондентов удовлетворительный уровень физической активности – 54,3%, средний – 34,4% и низкий уровень показали- 14,3%. КЖ – по всем показателям снижен, что говорит о низкой жизнедеятельности людей. После завершения исследования показатели стабилизировались и повысились до нормальных. Показатели массы тела у большинства респондентов пришел в норму и составил - 40%, излишний вес у – 31,4%, а I степень ожирения составила - 25,7%, и только у – 2,8% сохранилась III степень ожирения, уровень физическая активность повысился: хороший (4-6) – 60%, средний (7-9) – 34,3%, удовлетворительный (10-14) – 5,7%, показатели КЖ вырасти до - 85% и выше.

**Ключевые слова:** синдром хронической усталости, гиподинамия, ожирение физическая активность, скандинавская ходьба.

## **Influence of the scandinavian walking on quality of living of the population with the syndrome of chronic fatigue in megapolis**

**Snegireva T.G.**

*Peoples' Friendship University of Russia, Moscow*

Found that regardless of age the symptoms of chronic fatigue syndrome are widespread, especially among the working population, but more often affects women of young and middle ages, as evidenced by the data obtained in the survey among employees. Russian budgetary vocational educational institution of the Department of health in Moscow "Medical College №5" (Branch №4), employees of the branch of F.G.B.U. "Russian research center Mrik" - Treatment and rehabilitation clinical centre of Yudino showed that at the beginning of the research most of the respondents were

overweight – 42,8%, and I-I degree of obesity found in – 34,3%, II degree of obesity of 20% and III degree of obesity was 2.8%, in examining the physical form of the subjects were calculated that the majority of respondents satisfactory level of physical activity 54.3%, medium – 34.4% and the low level shown - 14.3%. QL – according to all indicators is reduced, indicating that activity of people is low. After the completion of the study indicators stabilized and increased to normal. Indicators of body weight, the majority of respondents came back to normal and amounted to 40%, the excessive weight – 31,4% and I degree obesity was 25.7 per cent, and only 2.8 % remained III degree of obesity, level of physical activity has increased, good (4-6) – 60%, medium (7-9) – 34,3%, satisfactory (10-14) 5.7% and QOL increase to 85 % and above

**Keywords:** chronic fatigue syndrome, lack of exercise, obesity, physical activity, Nordic walking.

Практически всегда считается, что первичными целями медицины и медицинских работников являются поддержание и сохранение жизни и здоровья населения. Тем не менее, часто реализация этих целей сопровождается отречением от правил повседневной жизни людей, а значит, и от их индивидуальности. Человечество видоизменяется в пассивного потребителя блага, то есть в объект манипуляции. Технический век приводит человечество к повседневной рутине - «День сурка»: работа, учеба, дом, работа. Это провоцирует увеличение числа нервно-психических заболеваний и пограничных состояний, что ведет к новым болезням, синдрому хронической усталости, гиподинамии и другим заболеваниям нынешней цивилизации. Заболевание во многом ограничивает человеческую свободу, прибавляя к социально-общественным ограничениям человека ограничение возможностей его собственного тела.

Для такого города как Москва, распространенность синдрома хронической усталости (СХУ) составляет несколько тысяч случаев только среди числа постоянных жителей. В связи с этим резкое снижение трудоспособности, типичное для СХУ, имеет первостепенное значение в структуре инвалидизации лиц основного трудоспособного возраста. Некоторые психотерапевты считают, что синдром хронической усталости – это разновидность депрессии, стресса и синдрома профессионального выгорания и ведет к изменению качества жизни людей в мегаполисе. Синдрому хронической усталости, согласно мировой статистике, больше всего подвержено работоспособное население больших городов в возрасте от 19 до 60 лет.

В основной массе чаще болеют женщины, реже подвержены этому заболеванию мужчины. Средний возраст заболевания 25-29лет. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество диагностированных случаев

заболевания варьируется в разных странах от 10 до 50 случаев на 100 тысяч человек населения, но медики считают, что эти цифры существенно занижены, потому что страдающие СХУ люди не считают нужным обращаться за помощью к врачу. Эту коварную болезнь довольно проблематично диагностировать, и не всегда лечение СХУ ведет полному выздоровлению. Люди разных возрастов большое количество времени проводят за компьютером и гаджетами, подвержены повседневному стрессовым ситуациям на работе, учебе, двигательная активность снижена, что является одним из располагающих факторов развития хронической усталости. В мировой и Российской научной медицинской литературе очень мало описано и изучено влияние этого заболевания на качество жизни человека.

Физическая активность очевидно один из факторов, который значительно улучшает качество жизни человека и снижает риски возникновения различных заболеваний. В этой связи можно сделать предположение, что скандинавская ходьба, как один из щадящих видов физической активности, подходящий многим людям вне зависимости от возраста и физической подготовленности, может быть одним из основных методов лечения и профилактики СХУ [1 - 4].

**Цель исследования** - оценить влияние скандинавской ходьбы на качество жизни населения с СХУ в мегаполисе.

#### **Материалы и методы исследования**

Для выявления данных о СХУ среди жителей мегаполиса, была разработана специальная анкета, по которой были опрошены около 200 человек из Москвы и Московской области.

Данная анкета включала в себя вопросы о сфере деятельности человека, его возрасте, социальном статусе, семейном положении, режиме питания и сна, занятиях спортом и наличии основных и малых симптомов развития СХУ и тест по определению СХУ.

За каждый пункт давался определенный балл, в итоге баллы суммировались, и можно было сделать выводы о состоянии здоровья человека. Если человек отвечал на все симптомы положительно, можно было определить у него явное наличие СХУ.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

СХУ не сильно знаком москвичам, некоторые слышали о нем впервые, но все явно были заинтересованы в результате. По итогам исследования мы обнаружили, что часть симптомов наблюдается практически у всех опрошенных.

Также при помощи неспецифического (общего) опросника SF – 36 было исследовано качества жизни. Были опрошены респонденты в период Апрель – Май; и с Сентября по Октябрь в исследование приняли участие 35 человек из них 21 чел. – Жен. и 14 чел. Муж.

Анализ полученных данных показал, что вне зависимости от возраста симптомы синдрома хронической усталости широко распространены, особенно среди работающего населения, но чаще подвержены женщины молодого и среднего возраста, о чем свидетельствуют полученные данные проведенного анкетирования среди сотрудников.

Среди учреждений Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Департамента здравоохранения города Москвы «Медицинского колледжа №5» (Филиал №4), сотрудников филиала ФГБУ «РНЦ МРиК» - Лечебно-реабилитационный клинический центр "Юдино" было выявлено, что на начало исследования большинство респондентов имели излишний вес – 42,8%, а в I-я степень ожирения обнаружилась у – 34,3%, II-я степень ожирения - 20% и III-я степень ожирения - 2,8%, при оценке физической формы испытуемых было рассчитано, что у большинства респондентов удовлетворительный уровень физической активности – 54,3%, средний – 34,4% и низкий уровень показали 14,3%. КЖ – по всем показателям снижен, что говорит о низкой жизнедеятельности людей.

После завершения исследования показатели стабилизировались и повысились до нормальных. Показатели массы тела у большинства респондентов пришел в норму и составил - 40%, излишний вес у – 31,4%, а I степень ожирения составила - 25,7%, и только у – 2,8% сохранилась III степень ожирения, уровень физическая активность повысился: хороший (4-6) – 60%, средний (7–9) – 34,3%, удовлетворительный (10-14) – 5,7%, показатели КЖ выросли до - 85% и выше.

#### Список литературы

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М., 1972. - 372 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. - М, 1980. 197 с.
3. Подколзин А.А. Патофизиологические механизмы синдрома хронической усталости. – Москва, 2000 - 25с

4. Радыш И.В., Рагозин О.Н., Шаламова Е.Ю. Биоритмы, Качество жизни и здоровье. – М.: РУДН, 2016. – 277с

---

Снегирева Татьяна Геннадьевна - ассистент кафедры управление сестринской деятельностью, Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, тел. +79151906819, e-mail: tsnegiri@inbox.ru

## ПРОЦЕССЫ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

**Тумасова Е. Р.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра Клинической психологии, г. Екатеринбург*

В статье анализируются тенденции современных интегративных процессов в области психотерапевтической практики. Несмотря на слияние различных направлений и методов остается актуальным вопрос осмысленного практического выбора интегративной модели психотерапии, важность качественной теоретической и практической подготовки студентов клинических психологов.

**Ключевые слова:** интегративная психотерапия, образование, клинический психолог.

## Processes of integration in the field of psychotherapeutic practice

**Tumasova E.R.**

*Urals State Medical University, Yekaterinburg*

The article examines trends in modern integrative processes in the field of psychotherapeutic practice. Despite the merging of various areas and methods, the question remains meaningful practical choice integrative model of psychotherapy, the importance of quality theoretical and practical training of students of clinical psychologists.

**Keywords:** integrative psychotherapy, education, clinical psychologist.

Появление интегративного подхода – закономерный процесс эволюционного развития психотерапии, взгляды и опыт представителей различных направлений осмыслялся, дорабатывался или приводил к появлению противоположных теорий.

Вопрос о концептуальной интеграции возникал всегда. Например, в 1973 г. Американским психиатрическим обществом была выпущена книга "Терапия поведения и психиатрия", где отдельной главой был представлен анализ установившейся интеграции психоанализа и поведенческой психотерапии. Через несколько лет была опубликована книга "Психоанализ и терапия поведением", где была предпринята попытка установить единство идей бихевиоризма и психоанализа, в частности взгляд

на возникновение невротических реакций в рамках обеих теорий в раннем детстве и влияние ранней истории на последующие недостатки развития или, напротив, достижения [1].

Другая ситуация - кардинальная убежденность в единственно правильной позиции определенной школы. При этом, несмотря на различные теоретические взгляды относительно механизмов или природы невротических расстройств, иногда для их лечения применяются одни и те же психотерапевтические техники, имеющие особое содержание в зависимости от теоретической направленности.

Например, техники, использующиеся при работе со страхами. В поведенческой психотерапии применяется метод, предложенный Дж. Вольпе, ставший классическим, - метод "систематической десенсибилизации". Он представляет собой постепенное систематическое уменьшение чувствительности к пугающему стимулу или ситуации, от наименьшей к максимально выраженной. Достигается это путем представления ситуации в воображении или непосредственной конфронтацией с пугающим стимулом с подавлением тревожной реакцией в реальной ситуации при поддержке психотерапевта. В. Франкл, представитель уже экзистенциально-гуманистического направления предложил метод "парадоксальной интенции", предлагающий преднамеренное усиленное переживание реакций страха, когда страх намеренно вызывается клиентом в воображении, а затем усиливается, тем самым приобретая комические формы, обеспечивая терапевтический эффект.

Другими факторами, влияющими на развитие интегративного движения, являлось отсутствие универсальности подхода в лечении и сопровождении разных групп пациентов, примерно равная эффективность при лечении в независимости от формы психотерапии, изменение социально-экономической ситуации в обществе и предъявляемых новых требований к психотерапии и многое другое.

**Цель работы** – совершенствование процессов интеграции в области психотерапевтической практики.

### **Материалы и методы исследования**

В статье анализируются тенденции современных интегративных процессов в области психотерапевтической практики.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для отечественной психотерапии интегративный подход традиционен. Широко известно интегративное направление, созданное в 1930 г. – патогенетическая

психотерапия В. Н. Мясищева, в основе которой положены идеи психоанализа и нейрофизиологии. В 1970-е гг была создано следующее самостоятельное направление – личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной, В. А. Ташлыкова, где идеи В. Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии получили дальнейшее развитие. Это направление с преимущественно психодинамической направленностью объединило идеи поведенческой, гуманистической психотерапии, особенности групповой психотерапии Я. Морено. Эти направления, вошедшие в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию отражают основные психотерапевтические школы и, тем самым, закономерно создают предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов.

В дальнейшем патогенетическая и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия дали начало еще некоторым направлениям - аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений А. А. Александрова (АКТА), это метод, включающий элементы психодрамы, гештальт-терапии и личностно-центрированной терапии К. Роджерса. В семейной психотерапии интегративная модель представлена, моделью аналитико-системной семейной психотерапии Э. Г. Эйдемиллера и Н. В. Александровой, являющейся синтезом теории психодинамического направления (классический психоанализ, аналитическая психотерапия, патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Б. Н. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова), системной семейной психотерапии и нарративного подхода.

Б. Д. Бейтман, М. Р. Лолдфрид и Дж. С. Норкросс оценивают интегративное движение «духом времени», ведущим в наше время направлением для исследований и практики в психотерапии [2]. При этом на сегодняшний день не существует единой установившейся модели интеграции в психотерапии. Хотя и в научных разработках и в практике сочетание различных психотерапевтических направлений и методов актуально как никогда, оснований для появления интегративной модели на данный момент не существует. Появление новой интегративной личностной теории вряд ли может возникнуть, поскольку в основе различных теорий личности лежат разные мировоззренческие позиции, различное понимание природы человека, этиологии и патогенеза невротических расстройств [3].

Другой путь реализации интегративного подхода – эклектичное соединение в практике техник и методов работы различных психотерапевтических школ [4]. К сожалению, в действительности, часто эклектичный подход не всегда бывает теоретически осмыслен психологами-практиками. Многие психотерапевты сегодня утверждают, что работают в интегративном подходе, но не могут объяснить в чем он заключается и как осуществляется [5]. За выбором интегративной модели психотерапии, по мнению Г. Л. Исуриной, часто стоит нежелание или недостаточное самоопределение психотерапевтов или недостаточно качественная теоретическая подготовка специалистов [6].

По мнению Г.С. Абрамовой, работа психолога в психотерапии строится на основе философских представлений о человеческой сущности, что определяет восприятие им проблемы клиента и выбором той или иной модели психотерапии и методов психологической интервенции. Представление о сущности человека находит выражение в морально-этических ценностях, оказывающих влияние на построение предмета взаимодействия с клиентом - ценностях моральных запретов, понятий счастья, добра и зла, ценности конкретного переживания, ценности индивидуальности и других. Г. С. Абрамова пишет: "Думается, что прежде чем начинать профессиональную деятельность, психотерапевту имеет смысл сдать самому себе экзамен на осмысление основных проблем, воплощающих сущность человека, пересмотреть тот арсенал философских аксиом, которые он будет нести своим пациентам" [7].

Современные образовательные технологии должны учитывать специфику существующего состояния психотерапии в науке и практике. Одной из компетенций образовательного стандарта в подготовке клинических психологов является «способность и готовность к разработке и осуществлению личностно - и социально-ориентированных программ психотерапии, коррекции и реабилитации», в которой, по сути, заложено создание собственного интегративного подхода. Важно, чтобы результатом программы стало не просто использование комплекса различных техник для устранения симптома или отдельных проблем, «технологичность» программы, а целостное и концептуальное понимание психологических механизмов, психологических моделей различных состояний и заболеваний, знание нормы и патологии, синдромов.

Интеграция не означает снижение серьезности и глубины подготовки, а наоборот – требует больших усилий и научной рефлексии от студентов в овладении различными подходами и дополнительной работы по их совмещению. Систематизированные, обобщенные знания о психике человека – отличие психолога-профессионала от "психолога-любителя". У "любителя" тоже могут быть обширные знания о психологии, но огромное количество разных несистематизированных знаний представляет собой лишь "кучу хлама", которым сложно пользоваться при решении проблем [8]. Показатель профессионализма – не знание отдельных случаев, явлений, фактов и авторов, а обобщенная ориентировка в многообразном психологическом знании, специальных научно обоснованных средств, пониманием работы с разными группами клиентов, критичное отношение к появляющимся в большом количестве новым методам.

Студент-психолог в ходе обучения проходит путь освоения знаний о разнообразных школах, теоретических позиций, каждая из которых обладает собственным языком и структурой. Часто, особенно в начале обучения, студенты начинают искать "лучшую", наиболее "правильную" теоретическую концепцию, при этом часто, даже в процессе прохождения одного курса их взгляды могут поменяться на диаметрально противоположные. Не всегда эти вопросы самоопределения заканчиваются с окончанием учебы в университете. Как отмечают, И. В. Вачков, И. Б. Гришун, Н. С. Пряжников, "по-настоящему познать мир психологии "вообще" нельзя, хотя можно насладиться многообразием и непостижимостью этого мира. Но, выделив для себя существенную психологическую проблему, можно "благодаря" этой проблеме... взглянуть на всю психологию, а через нее на весь окружающий мир и на свое место в этом мире" [8, с.398].

### **Заключение**

Таким образом, важнее не спорить о том, какое направление "лучше" и "эффективнее", а ориентироваться на саму психологическую проблему. Именно в проблеме интегрируются психологические знания, становятся системными, а анализ проблемы дает возможность студенту стать истинным субъектом образовательного процесса.

Университетское образование предоставляет большие возможности для овладения знаниями и практическими умениями, при этом не нужно забывать, что свой путь в психотерапии развивается не только на основе теоретической и практической

подготовки, но и получения в том числе практического клиентского опыта, только таким образом выбор психотерапевтического направления и методов осуществляется осмысленно. Получение клиентского опыта является важной частью обучения будущего психотерапевта, без прохождения личной терапии психолог не может считаться профессиональным психотерапевтом. Требования к получению индивидуального и группового клиентского опыта - необходимое условие для получения специализированного диплома по определенному направлению в психотерапии.

Профессиональная позиция не появляется сразу, не дается в готовом виде. Это процесс размышлений, иногда переоценки мировоззренческих позиций, процесс соединения знаний и умений, анализа и синтеза идей и установок. Главное – дать студентам не только глубокие знания в изучении психотерапевтических дисциплин, представление о ценности каждого подхода, дать возможности для самоопределения, выбора и уточнения для себя наиболее подходящего направления и методов работы в процессе практико-ориентированных семинаров и тренингов. Важно заложить профессиональное понимание процесса психотерапии и психологического консультирования, в первую очередь - влияние собственной личности на психотерапевтический процесс, важности отношений пациент - психотерапевт. Научиться "видеть" клиента, ориентироваться на его жизнь, а не обобщенную теорию - вот главная задача для будущего психотерапевта и психолога-консультанта. Теоретическая концепция не должна "закрывать" индивидуальные особенности жизни клиента, особенности взаимодействия с ним. Только таким образом, выбирая в практике интегративный подход или оставаясь на позициях определенной психотерапевтической школы можно достичь главной цели – вернуть личность к внутреннему благополучию, помочь пациенту стать более продуктивным и счастливым.

#### Список литературы

1. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия - М: Академия, 2002. - 192 с.
2. Александров А. А. Интегративная психотерапия. – СПб: Питер, 2009. – 352с.
3. Лаврова О. В. Интегративный подход и групповая психотерапия // Российский психотерапевтический журнал, 2011. - №1. – С. 27-33.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского – СПб: Питер, 2006. – 944 с.

5. Винокур В. А., Новикова И. А. Системный анализ процесса интеграции в психотерапии [Электронный ресурс] / <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnyy-analiz-protssessa-integratsii-v-psihoterapii>
6. Исурина Г. Л. Интегративный подход в психотерапии // Российский психотерапевтический журнал, 2012. - №1-2. – С. 9-20.
7. Абрамова Г С. Практическая психология: учебник для студентов вузов - М:Академический проект, 2003. – 496 с.
8. Вачков И. В., Гриншпун И. Б., Пряжников Н. С. Введение в профессию "психолог": учебное пособие – М-: издательство Московского-психологосоциального университета; Воронеж: МОДЭК, 2015. – 528 с.

---

Тумасова Екатерина Рафаиловна - ассистент, кафедра клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. 89022558008, e-mail: etumasova@list.ru

## ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Халупенко И.А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Колледж, г. Омск*

Бытует мнение о так называемой культуре винопития, т.е. возможности чуть ли не ежедневного употребления слабоалкогольных напитков: пива, коктейлей, сухих или столовых вин, так как на здоровье такое употребление не отразится, либо влияние на организм будет незначительным и быстро преходящим. Но и слабые концентрации алкоголя, употребляемые постоянно и длительное время, приводят к таким же последствиям, что и употребление более крепких алкогольных напитков. Наибольшему риску при употреблении алкоголя любой концентрации подвержены органы пищеварительной, сердечно-сосудистой и нервной систем организма. Первой алкогольный удар получает печень как основной детоксикационный барьер организма. Проведенные нами исследования позволили установить, что при употреблении алкоголя как слабой, так и более крепкой концентрации нарушается структура гепатоцитов, наблюдаются вакуольная и жировая дистрофии, что характеризует первую фазу алкогольного поражения печени – ожирение (стеатоз, жировой гепатоз). На основании полученных результатов констатируем, что у экспериментальных животных развивается поражение печени независимо от концентрации употребляемого алкоголя.

**Ключевые слова:** гепатоциты печени, алкоголь, детоксикационный барьер, экспериментальные животные, стеатоз, жировой гепатоз.

## Effect of alcohol use on liver structures and biochemical indices in the experiment

**Khalupenko I.A.**

*College of Omsk State Medical University, Omsk*

There is an opinion about the so-called culture of wine drinking, i.e. the possibility of almost daily consumption of low-alcohol beverages: beer, cocktails, dry or table wines, as such use will not be affected by health, or the effect on the body will be insignificant and rapidly transient. But the weak concentrations of alcohol, consumed continuously and for a long time lead to the same consequences as the use of stronger alcoholic beverages. The greatest risk for the use of alcohol of any concentration is susceptible to the digestive, cardiovascular and nervous systems of the body. The first alcoholic blow gets the liver as the main detoxification barrier of the body. Our studies have established that when alcohol is used as a weak or a stronger concentration, the structure of hepatocytes is disrupted, vacuolar and fatty dystrophies are observed, which characterizes the first phase of alcoholic liver damage - obesity (steatosis, fatty hepatosis). On the basis of the results obtained, we state that experimental animals develop liver damage regardless of the concentration of alcohol consumed.

**Keywords:** hepatocytes of the liver, alcohol, detoxification barrier, experimental animals, steatosis, fatty hepatosis.

В гепатоцитах печени обезвреживаются многие токсические вещества, образующиеся в организме или попадающие в него извне. Алкоголь не составляет исключения: весь цикл его химических превращений осуществляется при участии клеточных ферментов печени [1]. При употреблении алкогольных напитков этанол из желудка быстро всасывается в кровь и доставляется в печень. Гепатоциты содержат фермент алкогольдегидрогеназу, с помощью которого осуществляется первое звено окисления алкоголя – начало его сгорания. Даже однократный прием больших доз алкоголя не проходит бесследно. Уже через два-четыре часа в значительной части гепатоцитов появляются капельки жира, принесенного кровью, насыщенную алкоголем. Скопление жировых капель ведет к увеличению размера гепатоцитов. Наступает первая фаза поражения печени – ожирение (стеатоз) [2]. Под воздействием алкоголя на месте погибших гепатоцитов развивается соединительная ткань, происходит «рубцевание» печени, цирроз – это вторая фаза алкогольного поражения печени. В отличие от ожирения процесс этот необратим [3]. Исследования последних лет позволяют проследить прямую связь между необильными, но систематическими выпивками и поражением печени. Многочисленные данные свидетельствуют: жировая дистрофия печени развивается в среднем через 5-10 лет злоупотребления алкоголем, цирроз — через 15-20 лет.

**Цель исследования** – пропаганда здорового образа жизни, опровержение гипотезы о меньшем вреде употребления слабоалкогольных напитков, о так называемой культуре винопития.

**Задачи исследования:**

1. Изучить данные о гепатотоксическом воздействии алкогольных напитков.
2. Провести гистологическую обработку материала, выполнить микроскопическое исследование изготовленных препаратов. Провести биохимическое исследование сыворотки крови.
3. Провести сравнительный анализ морфофункциональных изменений печени экспериментальных животных при употреблении алкоголя слабой и более крепкой концентрации.
4. Сделать выводы. Разработать рекомендации по здоровому образу жизни.

## **Материалы и методы исследования**

Проведена оценка данных гистологического исследования образцов печени, полученные в ходе эксперимента на 30 белых беспородных мышах половозрелого возраста в условиях кормления их пищей, пропитанной алкоголем. Все белые мыши были разделены на 3 группы. Первая группа мышей (10 особей) получала корм (пшеница, овес, перловая крупа, ячмень, хлеб), пропитанный спиртом 10-11% концентрации. Вторая группа мышей (10 особей) получала такой же корм, но пропитанный спиртом 30% концентрации. Третья группа (контрольная) – 10 особей, получала зерновые и крупы в сухом виде. Питьевая вода для животных всех групп была в свободном доступе. Кормление осуществлялось в течение 5 месяцев. Для взятия биологического материала через 5 месяцев производилось эвтанирование мышей – декапитация с последующим забором венозной крови для биохимического исследования и образцов печени для гистологического исследования.

Гистологическая обработка материала проводилась в условиях работы студенческого кружка «Клинические и гистологические методы исследования» отделения «Лабораторная диагностика» колледжа ОмГМУ.

Материал фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина в течение 48 час. После промывки проточной водой проводили обезвоживание в серии этанола возрастающей концентрации (дважды в 70% и дважды в 95%), пропитывание и заливку материала в парафин проводили по классической схеме. Парафиновые срезы образцов печени получали на санных микротоме и роторном микротоме «Microm 340 E». Окрашивали срезы гематоксилином-эозином и по методу Ван-Гизон. Микроскопическое изучение срезов проводили с помощью микроскопов «ЛОМО», «Биолам»: исследовали от 10 до 15 окрашенных срезов печени. При микроскопии гистологических препаратов изучали структурную организацию классических печеночных долек и кровеносной системы печени в двух опытных и контрольной группе животных [4].

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Формирование алкогольной зависимости обусловлено нарушением функционирования различных биохимических и физиологических процессов, многие из которых можно рассматривать в качестве первичных патогенетических факторов алкоголизма [1].

При изучении препаратов печени животных контрольной группы микроскопическая картина почти полностью соответствовала норме: расположение гепатоцитов вокруг центральной вены радиальное, в некоторых гепатоцитах наблюдается смещение ядра к периферии, в отдельных полях зрения - 1-2 лимфоидных элемента.

При морфологическом исследовании печени животных 1-й и 2-й опытных групп выявлены признаки дистрофических изменений печени [3]. Проведенные нами гистологические исследования полностью подтверждают литературные данные.

При проведении сравнительного анализа проанализировали 9 наиболее значимых морфологических изменений, выявленных при микроскопическом исследовании гистологических срезов печени экспериментальных животных. Данные представлены в таблице.

Таблица  
Сравнительный анализ морфологических изменений в образцах печени подопытных животных

Морфологические изменения в печеночных дольках	Образцы печени лабораторных животных 1 опытной группы (10-11 % алкоголь)		Образцы печени лабораторных животных 2 опытной группы (30 % алкоголь)		Образцы печени лабораторных животных контрольной группы (без алкоголя)	
	Исследовано срезов (абс.)	Выявлено срезов с изменениями (абс., %)	Исследовано срезов (абс.)	Выявлено срезов с изменениями (абс., %)	Исследовано срезов (абс.)	Выявлено срезов с изменениями (абс., %)
Деформация структуры гепатоцитов	124	96 (77%)	136	129 (95%)	117	20 (17%)
Фрагментация ядер клеток с ядрышками по периферии	124	105 (85%)	136	130 (96%)	117	Отсут.
Некротизированные гепатоциты с распавшимися ядрами и фрагментацией ядрышек	124	7 (6%)	136	99 (73%)	117	Отсут.
Вакуольная и зернистая дистрофия цитоплазмы	124	116 (94%)	136	104 (76%)	117	5 (4%)
Жировая дистрофия гепатоцитов	124	Отсут.	136	49 (36%)	117	Отсут.
Лимфоидные элементы	124	26 (21%)	136	78 (57%)	117	15 (13%)
Умеренно расширенные синусоиды	124	92 (74%)	136	35 (26%)	117	3 (2,5%)
Суженные синусоиды	124	19 (15%)	136	77 (57%)	117	Отсут.
Стаз крови сосудах	124	68 (55%)	136	92 (68%)	117	Отсут.

Параллельно проводили биохимическое исследование сыворотки крови лабораторных животных двух опытных и контрольной групп на полуавтоматическом анализаторе Humolyzer 2000. Измеряли концентрацию общего холестерина, альбумина, общего билирубина и его фракций, триглицеридов, активность ферментов – щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), гаммаглутамилтрансферазы (ГГТФ) [1]. Биохимические показатели полностью подтвердили морфологические изменения в тканях печени животных.

Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерной программы «EXCEL». Различия считались статистически достоверными при критическом уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

Морфологическая картина структуры печеночных долек при употреблении слабоалкогольных напитков характерна для начальной стадии жирового перерождения печени (стеатоза), а при употреблении более крепких алкогольных напитков – для развитого жирового гепатоза. Таким образом, можно охарактеризовать полученные нами данные как фазы одного и того же патологического процесса печени.

### **Выводы**

Таким образом, нашими исследованиями установлено, что при употреблении алкоголя слабой и сильной концентрации нарушается структура гепатоцитов, наблюдаются вакуольная и жировая дистрофии, что характеризует первую фазу алкогольного поражения печени — ожирение (стеатоз, жировой гепатоз). На основании полученных результатов можно отметить, что у лабораторных животных развивается поражение печени независимо от концентрации употребляемого алкоголя. В развитии жирового перерождения печени, а впоследствии и цирроза решающее значение имеет не столько концентрация употребляемого алкоголя, сколько длительность и систематичность его употребления, что подтверждает нашу гипотезу.

### Список литературы

1. Тарасова О.И., Современные алкогольные маркеры употребления алкоголя / О.И. Тарасова, П.П. Огурцов, Н.В. Мазурчик, В.С. Моисеев // Клиническая фармакология и терапия, 2009. - № 16 (1). – С. 10-15.

2. Шабанов, П.Д. Наркология: практическое руководство для врачей / П.Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 832.
3. Солодун Ю.В. Судебно-медицинская оценка токсического гепатита при отравлениях суррогатами алкогольных напитков / Ю.В. Солодун, В.А. Клевно, Г.Д. Лелюх и др. – Суд-мед эксперт, 2011. – С. 23—28.
4. Меркулов Г.А. Курс патогистологической техники. / Г.А. Меркулов. – Л.: Мед., 2009. – С. 243-249.

---

Халупенко Ирина Александровна - преподаватель профессиональных модулей, отделение «Лабораторная диагностика», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Колледж, г. Омск, ул. Ленина, 12 с указанием адреса, тел. 89136008778, e-mail: [irina.halupenko@mail.ru](mailto:irina.halupenko@mail.ru)

## КОММУНИКАТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПАЦИЕНТАМИ

**Биненко Е.В., Шадрина Ю.Е.**

*Российский Университет Дружбы Народов, медицинский институт  
г. Москва*

Профессия медработника предполагает интенсивный и длительный контакт с пациентами, их родственниками, коллегами - от медицинских сестер до главных врачей и руководителей медицинских организаций. Умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом помогает профессиональному успеху медработника. По мере накопления опыта профессионального общения молодой специалист уже осмысленно использует различные психологические навыки, которые облегчают общение с больными.

**Ключевые слова:** коммуникативность, эмпатия, толерантность, медицинские работники.

### **Communicative relationship of health workers with patients**

**Binenko E.V., Shadrina Ju.E.**

*RUDN University, medical Institute, Moscow*

The profession of a health worker presupposes an intensive and long-term contact with patients, their relatives, colleagues - from nurses to chief physicians and heads of medical organizations. Ability to communicate, establish and develop relationships with people in many ways helps the professional success of the health worker. As the experience of professional communication accumulates, the young specialist is already meaningfully using various psychological skills that facilitate communication with sick people.

**Keywords:** communicativeness, empathy, tolerance, health workers.

Профессия медработника предполагает интенсивный и длительный контакт с пациентами, их родственниками, коллегами - от медицинских сестер до главных врачей и руководителей медицинских организаций.

По мере накопления опыта профессионального общения молодой специалист уже осмысленно использует различные психологические навыки, которые облегчают общение с больными. И чем больше стаж работы, тем больше внимания медицинский работник уделяет психологическим аспектам диагностического и лечебного процесса,

повышает степень коммуникативной компетентности, что во многом обеспечивает результативность профессионального взаимодействия [1, 2].

**Цель исследования** – уметь контактировать с пациентами – коммуникативная компетентность медицинских работников – это искусство, в той или иной форме начинает вырабатываться уже в процессе учебы в медицинских заведениях, а потом в процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами, людьми с всевозможными психологическими качествами, различной возрастной категории, степени образования, общественной и профессиональной принадлежности.

### **Материалы и методы исследования**

Для анализа коммуникативных навыков медицинского персонала, чтобы выделить основные способности сопереживать и понимать мысли и чувства другого человека, проводилось исследование на базе одной из детских поликлиник Московской области города Люберцы.

Мощность поликлиники 150 посещений в смену.

Поликлиническое отделение имеет отделения:

- педиатрическое отделение.
- отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

Поликлиника обслуживает 7 детских садов и 3 школы.

Для получения медицинской помощи амбулаторно, пациент может записаться на прием к врачу по телефону, через Интернет-регистратуру на сайте министерства здравоохранения Московской области, через информационный терминал в регистратуре поликлиники.

Для получения медицинской помощи на дому при острых заболеваниях или обострениях хронических заболеваний пациент может вызвать на дом участкового врача.

В исследовании принимали участие 19 медицинских работников - женщины, средний возраст которых составил 43 года.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Сначала проводилась оценка умения сопереживать и понимать мысли и чувства другого человека по методике диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко. Подсчитывалось число правильных ответов (соответствующих «ключу») по

каждой шкале, а затем определялась суммарная оценка для анализа показателей отдельных шкал и общей суммарной оценки уровня эмпатии.

По результатам диагностики данной поликлиники, средний суммарный показатель составил 17 баллов – заниженный уровень эмпатии – считается средним уровнем.

Средний уровень эмпатии имеется у большинства людей. Средний уровень выражается в том, что личность готова в нужный момент проявить сочувствие к тому человеку, который в этом нуждается, но при этом не стремится всецело проникнуться его состоянием. Мы все мысленно способны пожалеть человека, с которым случилась неудача. Однако далеко не каждый готов действительно принимать серьезное участие в судьбе незнакомого человека. Даже если личность нам знакома, это не значит, что вы предпочтете отложить все свои срочные дела и погрузитесь в решение чьей-то проблемы.

Далее те же сотрудники прошли тест по методике диагностики коммуникативной толерантности В. В. Бойко. Медицинские работники отвечали на вопросы и возле каждого ответа ставили меру согласия с суждениями от 0 до 3 баллов. В итоге считалось общее количество набранных баллов, после чего проводился анализ о поведенческих признаках, свидетельствующих об общей коммуникативной толерантности.

Подсчитав сумму баллов, полученных нами по всем признакам, можно определить - чем больше баллов, тем ниже уровень коммуникативной толерантности. Максимальное число баллов, которые можно заработать – 135, свидетельствует об абсолютной нетерпимости к окружающим. Ноль баллов – свидетельство терпимости ко всем типам партнеров во всех ситуациях.

Разумеется, полученные данные позволяют подметить лишь основные тенденции, свойственные взаимодействиям с партнерами. В непосредственном, живом общении личность проявляется ярче и многообразнее.

Узнав - что такое эмпатия, многие начинают пытаться к тому, чтобы изучить эту способностью или развивать ее у своих детей. Нужно учитывать, что люди с таким даром не умеют использовать его по назначению. Такая особенность психики, может быть, давать личности сильные мучения, ведь для того, чтобы побороть чужие негативные эмоции, необходим решительный характер и зрелый разум. Приняв решение формировать эту способность, рекомендуется ознакомиться не только с серьезными моментами, но и с обратной стороной медали.

К позитивным моментам можно отнести следующее:

- большие перспективы для профессионального формирования;
- результативная помощь родным людям;
- невозможность быть обманутым;
- вероятность избегать и гасить конфликты.

К негативным моментам можно отметить:

- быстрое эмоциональное выгорание;
- подверженность беспокойности;
- большая возможность развития психических расстройств;
- в сфере межличностных взаимоотношений вероятно создание ситуаций по схеме «игра в одни ворота»;

- вероятно наличие взаимности со стороны окружающих;

- повышенная впечатлительность приводит к тому, что таким людям легко нанести моральную боль, и сами они не способны этому противостоять.

Эксперты рекомендуют эмпатам найти результативный способ освобождаться от посторонних чувств и осмыслить, что спасение утопающего в основном - дело его собственных рук.

Эта способность как инструмент, который при умелом обращении может приносить пользу хозяину. При отсутствии умения отделять личные эмоции и потребности от посторонних, эмпатия может стать причиной крупных проблем.

Методология дает начало для результативной практики и теории: консультант знает, как выстроить созидательную продуктивную беседу, как применять знания этих техник, как повлиять на клиента в нужном направлении. Значимой в этом процессе является личная и культурная эмпатия, наблюдательность, оценка личности и ее социальной среды, и применение методов положительного роста и развития.

### **Выводы**

Вывод по анализу эмпатии в целом состоит в том, что данное изучение может быть основой для дальнейшего исследования развитости эмпатических способностей у медицинских работников, обнаруженные результаты говорят о том, что имея низкие баллы суммарный показатель уровня эмпатии заниженный.

Обобщая проведенную интерпретацию результатов, можем сделать окончательные выводы:

В результате исследования было установлено, что медицинские работники изучаемой поликлиники имеют заниженный уровень эмпатии и выявлено преобладание проникающей способности.

Выполненный набор методик способен дать картину качественно-количественного состояния эмпатийности и направленности личности и экспериментально подтвердить наличие похожего явления как эмпатия.

Отталкиваясь из вышесказанного, можно сделать вывод, что проявления коммуникативной толерантности определены тем, что индивидум либо не воспринимает различия между собой и другими, или не испытывает отрицательных волнений из-за этого. Основой толерантности является совместимость партнеров и их индивидуальных особенностей, таких как ценностные ориентации, привычки, потребности, этические нормы, эмоциональный фон. Она играет немалую роль для установления взаимопонимания друг друга.

Профессиональная толерантность проявляется во взаимоотношениях к различным типам людей, с которыми приходится иметь дело по роду деятельности. Толерантность выражается в обстановке рабочей атмосферы, при взаимодействии с теми людьми, с которыми приходится иметь дело по роду деятельности (пациентами). Особенное внимание уделено этнической толерантности (отношение к людям иной расы и этнической группы, к собственной этнической группе, оценка культурной дистанции).

Итогом исследования стали практические рекомендации для повышения уровня эмпатии:

1. Медицинскому персоналу применять методики, которые помогают развитию познавательно-когнитивной сферы. Так же психологические диагностические опросники, которые направлены на диагностику эмпатии.

2. Использовать методы, способствующие расширению и осознанию эмоционально-чувственного опыта человека. Можно использовать педагогические тренинги, используемые в педагогической практике.

3. Эффективным средством для повышения уровня эмпатии может быть применение методик для развития гуманитарной направленности личности. Для этого можно использовать тесты для определения ценностей, мотивов и черт личности, оценки коммуникативных способностей, ее направленности и межличностных отношений.

Список литературы

1. Научно-методический электронный журнал Концепт. Издательство: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании (Киров). Том: 6, Год: 2017, Страницы: 246-248.
2. <http://www.bestreferat.ru/referat-149608.html>

---

Биненко Елена Витальевна - ассистент кафедры «Управление сестринской деятельностью», Российский Университет Дружбы Народов, медицинский институт, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8, +79252999645, [binenko\\_ev@rudn.university](mailto:binenko_ev@rudn.university)

## СИСТЕМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ МИГРАЦИИ

**Буторин Г.Г.<sup>1</sup>, Бенько Л.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный гуманитарно-педагогический университет» Министерства образования Российской Федерации, кафедра теоретической и прикладной психологии, г. Челябинск

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Полидисциплинарной группой специалистов было прослежено изменение структуры и психологического здоровья русскоязычных семей, которые оказались в условиях вынужденной миграции. Полученные результаты свидетельствуют о том, что до миграции в большинстве случаев можно было констатировать вполне приемлемые, адекватные условия и стиль воспитания, которые характеризовали семью как стабильную и благополучную. При этом нарушение социально-психологических условий и психологического здоровья семьи в результате миграции, фатальным образом повлияло на ее структуру и систему воспитания. Степень деформации во многом определялась прежней готовностью семьи к стрессу социальных изменений и качеством внутрисемейного взаимодействия.

**Ключевые слова:** адаптация, семейная система, модель семьи, психологическое здоровье семьи, миграция, стиль воспитания.

### System changes in families at the migration conditions

**Butorin G.G.<sup>1</sup>, Benko L.A.<sup>2</sup>**

*Chelyabinsk State Humanitarian and Pedagogical University "*

*Southern-Ural state medical university, Chelyabinsk*

The multidisciplinary group of experts tracked the change of structure and psychological health of Russian-speaking families which appeared in the conditions of the compelled migration. The received results testify that before migration in the most cases it was possible to state quite acceptable, adequate conditions and style of education which characterized a family as stable and safe. Thus as the result of migration violation of social and psychological conditions and psychological health of a family, a fatally affected its structure and an educational system. The deformation degree was defined by former readiness of a family for a stress of social changes and quality of intra family interaction.

**Keywords:** adaptation, family system, family model, psychological health of a family, migration, style of education.

Вопросы социально-психологической адаптации стоят сегодня достаточно остро. Россия, на сегодняшний момент занимающая второе место по числу мигрантов (после США), пока не сформировала объективных социально-экономических условий для их полноценного приема. Послеперестроечная либерализация и демократизация общества, процессы обособления и самоопределения в бывших советских республиках вызвали к жизни новые, непривычные виды миграционных процессов [1, 2].

Начиная с 1992 года, по разным причинам (национальная дискриминация, политические и, особенно в последние годы, экономические причины) в Россию из различных регионов постсоветского пространства переселилось более 7 млн. человек, нуждающихся в полноценном жилье, новых рабочих местах, социальных льготах, образовании и т.д. [3]. При этом надо понимать, что адаптация - процесс двусторонний, и эффективность этого процесса зависит, в том числе, и от образа той социальной среды, к которой адаптируется индивид [4, 5].

**Цель работы** – полидисциплинарной группой специалистов проследить изменение структуры и психологического здоровья русскоязычных семей, которые оказались в условиях вынужденной миграции.

#### **Материалы и методы исследования**

Полидисциплинарной группой специалистов, в которой участвовали педиатры, детские неврологи и психиатры, школьные психологи, логопеды, дефектологи, а также специалисты по социальной работе была изучена динамика психологического здоровья 121 семьи русскоязычных мигрантов из бывших советских республик, главным образом из Средней Азии и Казахстана в условиях миграции. В процессе работы в группу изучения добавились семьи беженцев из юго-восточных областей Украины, которые по своим параметрам не нарушали репрезентативность выборки.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Оценивая ретроспективно все позитивные психологические отношения родителей к детям в этих семьях, составивших 87,7% от общего числа, нами условно были выделены несколько их моделей.

*В первой модели* отношения характеризовались гибким, поддерживающим и «разумно дозволяющим» поведением родителей, когда они легко и «особо не задумываясь над этим» приспособлялись к потребностям ребёнка. Такая семья для детей была тем местом, где они находили любовь, понимание и поддержку, чувствовали себя защищёнными и могли искать новые пути для «исследования и

развития». Родители были последовательны в своих требованиях, а в воспитательных приёмах практически отсутствовали элементы давления и принудительного форсирования опережающих навыков у детей. Стабильность отношений, которую семья сохраняла при различных неблагоприятных воздействиях, и сформированная семейная идентичность, позволяла детям чувствовать её единство и целостность, когда отпадает необходимость противопоставления «Я» ребенка и «Мы» семьи. Формирующиеся в этих условиях характерологические особенности детей соответствовали больше пониманию их как стеничных, самостоятельных, инициативных, с высоким уровнем адаптационных возможностей [6, 7]. Такой характер отношений и воспитательных подходов был выявлен в 29,8% случаев и позволил определить данную модель как «функционально–самодостаточную».

*Вторая модель* также подразумевала вполне успешную адаптацию родительского поведения к потребностям ребёнка, но уже сопровождавшуюся определённым осознанным контролем, когда для достижения «включённости в проблемы детей» необходимо было старание для того, чтобы вникнуть в его переживания. Не всегда успешная реализация такого стремления вносила во внутрисемейную коммуникацию некоторое напряжение и недостаток спонтанности, непосредственности. Избыточное опекуновство родителей выражалось в категоричности их позиций, требований, в тенденциях навязать своё мнение и готовые решения, а заведённые в доме порядки и правила подлежали неукоснительному выполнению. Стремление к строгой дисциплине определяли характерологические особенности детей — они были общительны, с потенциальными лидерскими способностями, но при этом обнаруживали присутствие эмоциональной неустойчивости, не влияющей, однако на формирование адаптационных механизмов. Данные отношения и система воспитания были выявлены у 21,9% семей, которые более всего соответствовали определению «функционально-ригористической» (лат. *Rigor* – строгость, соблюдение правил нравственности, предписание) модели.

*В третьей модели* (20,3%) родительское внимание к проблемам детей было несколько ограниченным. Основу их заботы составляло больше заострённое чувство долга, обязанности, повышенной принципиальности (гиперсоциальность), что характеризовало определённую «заданность» в отношениях с детьми. В определённых ситуациях родители демонстрировали амбивалентность отношений и их разноплановость. Система запретов и поощрений существовала, но была часто

противоречивой. Идентичность данных семей характеризовалась существенным противопоставлением «Я» и «Мы», что значительно снижало их стабильность и способность противостоять дестабилизирующим воздействиям, в которых решения, принимаемые родителями, часто носили противоречивый характер.

Таким образом, интегральные характеристики, отражающие качественную сторону социального и психолого-педагогического функционирования семей данной модели, дали основание обозначить её как «*функционально-конформистскую*» (лат. *Conformism* – подобный, соответствующий, стремление к единомыслию).

В четвертой модели (15,7%) поведение родителей не всегда носило последовательный характер. Родители в таких семьях стремились направлять развитие ребёнка в соответствии с собственными представлениями в ущерб его реальным потребностям. Чрезмерный контроль объяснялся постоянной тревогой по поводу возможных опасностей, неудач, от которых следовало оградить ребёнка. В таких семьях обнаруживалась склонность к проявлению индивидуализма, что затрудняло выделение в ней явного лидера. Отдых и развлечения чаще ограничивались семейным кругом (семьей ходили в кино, театр и т.д.). Необходимость расширения социальных контактов могла сопровождаться социально-психологическим напряжением. В атмосфере такого внутрисемейного функционирования у детей формировались астеничные черты личности. Им были присущи беспокойный сон, плохой аппетит, повышенная тревожность и сенситивность, что снижало их психическую адаптивность и стрессоустойчивость в психогенных условиях. Такие обобщённые показатели как сниженная толерантность к социальным изменениям, ограниченный и ригидный характер социально-психологического функционирования, подверженность деструктивным воздействиям и т.д. позволяли рассматривать данную модель как «*функционально-реверсивную*» (лат. *Reverses* – обратный, здесь: у которых можно изменять направление).

Если первую модель можно было рассматривать как создающую достаточно здоровые отношения в семье и гармоничный стиль воспитания, то в трех других прослеживались некоторые отрицательные акценты, характер которых создавал потенциальный риск нарушений психологического здоровья семьи в неблагоприятных условиях. Вместе с тем в прочных стабильных социальных условиях, в которых дети чувствовали себя комфортно, а родители были уверены в социальной защищённости, семьи этих трех моделей демонстрировали полную социальную адаптированность.

Акцентуированные семьи с полным основанием могли рассматриваться в рамках нормы. Таким образом, учитывая проанализированный выше комплекс социально-психологических характеристик, первая модель образует тип семей, который можно обозначить как «*благополучный — психологически устойчивый*», соответственно следующие три образуют «*относительно благополучный — акцентуированный*» тип.

Как свидетельствует проведенное исследование, постепенное падение уровня жизни, отсутствие или несовершенство национального законодательства в области защиты основных прав и свобод граждан в тех странах, где проживали изученные семьи, создавали возможность дискриминации по признаку национальности, вероисповедания, языка. Это в значительной мере способствовало принятию решения о вынужденном переселении. При этом, в 38 наблюдениях (65,5%) семьи принимали решение взвешенно, по возможности заранее, подготовив условия на новом месте жительства (работа, жилье и т.д.). Более того, 12 семей (20,7%) были приняты близкими родственниками, которые оказали им временную поддержку. Другие 20 семей (34,5%) были вынуждены покинуть дом в ограниченные сроки, продав имущество по заниженным ценам и не имея ясной перспективы жизни на новом месте. Во всех случаях все семьи в тот момент попадали в более или менее выраженную ситуацию социально-психологического кризиса.

Как представляется, характеристика таких семей ближе всего стояла к пониманию их как *деструктивных* (лат. *Destruction* – разрушение, нарушение нормальной структуры чего-либо) (25,9%). Эту группу, как правило, составляли семьи, которые трансформировались из функционально-реверсивных и функционально-ригористических моделей, а также и прежде бывших неблагополучными.

Другая модель аномального семейного положения сопровождалась существенными изменениями непосредственно структуры семьи. В этих случаях родители не сумели совместно преодолеть многообразие трудностей. Они лишались способностей слушать друг друга и адекватно реагировать на взаимные просьбы и желания. Чаще всего это было следствием высокого уровня эмоционального напряжения, раздражения друг к другу, что разрушало взаимные контакты и достаточно быстро приводило к разрыву. Наблюдался и другой характер аномальности, когда детей при переезде на длительное время оставляли у бабушек и дедушек «пока все не устроится». Этот прием чаще использовался в неполных семьях одинокой матерью. Он оказывался малоперспективным, так как дети надолго выпадали из-под родительского контроля.

После стабилизации жизненной ситуации, возвращенные в семью дети оказывались либо в неполной семье, либо с появившимся отчимом. Лишившись прародительского внимания, заботы и определенной системы воспитания, ребёнок мог столкнуться либо с условиями отвержения, либо с завышенными требованиями. В рамках подобных трансформаций семейной атмосферы находились чаще всего, разведенные и разводящиеся семьи, неполные, семьи с деформированной структурой. Они достаточно обосновано определялись как «диссоциированные» (лат. *Dissociation* – разъединение, разделение) (27,6%). В этой группе аномальной структуры чаще можно было наблюдать семьи как уже бывшие неблагополучными, так и функционально-ригористические и функционально-конформистские ранее.

К самостоятельной модели были отнесены семьи, в которых тягостный переходный период сопровождался высоким напряжением всех семейных функций. Тяжелому испытанию подвергалось семейное взаимодействие. При этом дети попадали в конфликт между ценностями семьи и новыми социальными требованиями и установками. Эмоциональная напряженность воспитательной функции приводила к эмоциональному ущемлению детей. Эти семьи можно было определить как «декомпенсированные» (30,2%), которые в основном оказались, представлены в прошлом функционально–самодостаточными и функционально-ригористическими.

Успешнее всего проходили миграционный период и стабилизацию жизнедеятельности семьи функционально-самодостаточной модели. Они увереннее справлялись с возникающими проблемами, что было типично для любой семьи, столкнувшейся с переменами и переживаниями, которые приносила в жизнь миграция (16,3%).

### **Выводы**

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение социально-психологических условий и психологического здоровья семьи в результате миграции, может фатальным образом повлиять на ее структуру и систему воспитания. При этом степень деформации будет во многом определяться прежней готовностью семьи к стрессу социальных изменений и качеством внутрисемейного взаимодействия.

### Список литературы

1. Буторин Г.Г. Школьная дезадаптация и «педагогическая запущенность»: взгляд с полипрофессиональных позиций // Психолого-педагогические проблемы этической психологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Шадринск, 8-10

апреля, 2003. — С. 113.

2. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. Донозологические психические состояния депривационного генеза в детском возрасте. – Челябинск: Изд-во АТОКСО, 2007. – 366 с.
3. Выступление директора ФМС России О.К. Ромодановского // Итоги деятельности ФМС России в 2011 г. Сб. материалов расширенного заседания Коллегии Федеральной миграционной службы. М., 2012. С. 18.
4. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии. — 1989. — № 1. — С. 92–100.
5. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Мухамадиев Д.М. О факторах социально–психологической дезадаптации беженцев в местах их временного пребывания // Рос. Психиатр. журн. — 2000. — № 6. — С. 53–56.
6. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. — М.: Просвещение, 1988. — 207 с.
7. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений: Курс лекций. — М.: Апрель–Пресс, Изд-во ЭКСМО–Пресс, 2000. — 512 с.

---

Буторин Геннадий Геннадьевич - д.псих.н., профессор кафедры теоретической и прикладной психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский гуманитарно-государственный педагогический университет», г. Челябинск, пр. Ленина, 69, тел. 8(351)2401828, e-mail: g1966@mail.ru

## НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ СЕМЬИ, МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И г. МОСКВЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

**Дедов Е.Г., Новиков А.С.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Смоленский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью и социальной  
работы, г. Смоленск*

В предлагаемой статье рассматриваются отдельные направления государственной социальной политики в сфере защиты семьи, материнства и детства в Российской Федерации и г. Москве. Посредством анализа динамики основных статистических показателей, характеризующих состояние проблемы, и сравнительного анализа определяются современные тенденции в сфере защиты семьи, материнства и детства.

**Ключевые слова:** семья, материнство, детство, государственная социальная политика.

### **Directions of state social policy in the sphere of protection of family, motherhood and childhood in the Russian Federation and Moscow: a comparative analysis of contemporary trends**

**Dedov E.G., Novikov A.S.**

*Smolensk State Medical University, Smolensk*

This article examines the separate directions of state social policy in the sphere of protection of family, motherhood and childhood in the Russian Federation and Moscow. By analyzing the dynamics of the main statistical indicators characterizing the state of the problem and comparative analysis are determined by the modern tendencies in the sphere of protection of family, motherhood and childhood.

**Keywords:** family, motherhood, childhood, and state social policy.

На современном этапе государственная семейная политика сформировала весомые предпосылки, определяющие положительную динамику охраны прав и законных интересов участников семейных отношений. Необходимость поддержки семьи отмечается на самом высоком уровне, что, в частности, выразилось в реализации многочисленных приоритетных национальных проектов, направленных на защиту и

обеспечение конституционных прав участников семейных отношений. В различных регионах страны организуются фонды помощи детям, которые находятся в трудной жизненной ситуации. На данную проблематику обращают внимание первые лица государства [1]. Принят ряд нормативно-правовых актов, призванных поддерживать семью и ее членов [2]. Эти и другие документы определяют тренд, с учетом которого строится современная семейная политика. Поиск эффективных технологий социальной защиты семьи, материнства и детства по-прежнему остается актуальной проблемой. Основным критерием эффективности данных технологий является возврат семьи к нормальной самостоятельной жизни.

**Целью статьи** является сравнительный анализ современных тенденций в сфере социальной защиты семьи, материнства и детства.

### **Материалы и методы исследования**

Государственная поддержка состоит из различных направлений, как давно существующих, так и новых, учитывающих современные социальные риски. К тому же добавились направления трудоустройства, здравоохранения и появление системы учреждений для детей. В разработку и проведение государственной семейной политики вовлечены три уровня законодательной и исполнительной власти (федеральный, региональный и муниципальный). Каждый из уровней реализует общенациональные, региональные и местные целевые функции, лежащие в основе эффективности деятельности управленческих структур и целевых программ поддержки семьи и детства. Состояние социальной инфраструктуры во многом определяется усилиями региональной и муниципальной власти. Разработка современных подходов к решению вышеописанных проблем требует анализа динамики основных статистических показателей, характеризующих состояние проблемы, и сравнительного анализа современных тенденций по основным показателям.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для понимания современных тенденций необходимо обратить внимание на целый ряд показателей, характеризующих состояние социальной защиты семьи, материнства и детства как в РФ в целом, так и по г. Москве (табл.1).

Таблица 1.  
Сравнительный анализ темпов роста (снижения) численности детей, оставшихся без попечения родителей за 2009-2014 гг. [3]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	104,5	95,5	98,2	98,4	78,7	97,2	96,8
г. Москва	104,6	97,5	102,4	105,8	78,3	102,2	101,5

За анализируемый период времени сложилась положительная динамика, отражающая падение темпов снижения численности детей, оставшихся без попечения родителей. Однако, в 2014 и 2015 гг. идет ухудшение данного показателя по сравнению с 2013 г., темп снижения численности детей, оставшихся без попечения родителей, увеличился в 1,22 раза по стране, и в 1,29 раз в г. Москве соответственно (табл.2).

Таблица 2.  
Сравнительный анализ доли детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, переданных на семейные формы устройства за 2008-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	71,0	77,0	78,9	79,9	80,4	78,3	81,9	85,1
г. Москва	58,8	72,6	74,0	75,1	77,0	74,4	79,4	83,8

Сложилась положительная тенденция, характеризующая процесс передачи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в семейные формы устройства, По стране в целом и по г. Москве: вырос в 1,2 и 1,42 раза соответственно (табл.3).

Таблица 3.  
Сравнительный анализ доли детей, усыновлённых гражданами Российской Федерации, в общей численности усыновлённых детей за 2008-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Российская Федерация	70,3	69,9	71,2	69,9	69,4	69,9	71,2	71,3	
г. Москва	58,3	72,0	79,4	82,4	84,8	85,2	86,4	87,5	

За последние 7 лет по стране институт приемной семьи стабильно функционирует, а по г. Москве – это хорошая традиция, набирающая обороты (по отношению к базовому периоду 2008 г. в г. Москве гражданами РФ доля усыновленных детей увеличилась в 1,22 раза, и наблюдается ежегодный прирост). Таким образом, существуют потенциальные возможности для улучшения ситуации с усыновлением детей в г. Москве. (табл.4).

Таблица 4.  
Сравнительный анализ темпов роста числа семей,  
желающих принять ребенка на воспитание за 2008-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	126,1	168,9	98,1	77,5	101,0	140,8	131,6	127,4
г. Москва	117,9	217,3	80,6	91,3	89,8	172,9	179,1	119,4

По стране и по г. Москве максимальные значения за последние 7 лет по данному показателю отмечены 2009г.; анализ динамики за последние 3 года указывает на негативные тенденции как по стране в целом, так и по г. Москве (табл.5).

Таблица 5  
Сравнительный анализ численности детей,  
родители которых лишены родительских прав, человек за 2011-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	74492	72012	64584	58791	52206	46753	42901	40025
г. Москва	2362	1952	1893	1704	1728	1524	1595	1388

Численность детей, родителей которых лишили родительских прав за последние 7 лет, по стране значительно снизилась (по отношению к базовому периоду 2008 г. сократилась на 53%). А по городу Москве данный показатель сократился на 58%.

За последние 7 лет социальной защитой населения охватываются и новые категории семей, данные по которым учитывает такой показатель как «Численность детей, родители которых ограничены в родительских правах». Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6  
Сравнительный анализ численности детей,  
родители которых ограничены в родительских правах за 2008-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	6865	7645	7857	8451	8827	9067	8633	9375
г. Москва	181	197	210	230	192	215	223	221

По отношению к базовому периоду 2008 г. за последние 7 лет почти в 1,4 раза выросло количество семей, ограниченных в родительских правах по стране, и в 1,22 раза по г. Москве.

Наглядную картину об эффективности института приемной семьи дает показатель, характеризующий численность приемных родителей, с которыми досрочно расторгнуты договоры по инициативе органа опеки и попечительства по причине возникновения в приемной семье неблагоприятных условий для содержания, воспитания и образования ребенка (детей). Данные представлены в таблице 7.

Таблица 7

Сравнительный анализ численности приемных родителей, с которыми досрочно расторгнуты договоры по инициативе органа опеки и попечительства по причине возникновения в приемной семье неблагоприятных условий для содержания, воспитания и образования ребенка (детей) за 2008-2014 гг.

[3]

(по данным Минобрнауки России)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	476	258	236	213	251	324	324	344
г. Москва	1	-	1	1	8	4	5	8

Институт приемной семьи переживает кризис, на это указывает устойчивая положительная динамика роста случаев расторжения органами опеки договоров с приемными родителями по РФ; по г. Москве – показатели тоже растут.

Еще один показатель, характеризующий социальную защиту детства в РФ и ее субъектах – Темп роста (снижения) численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (табл.8).

Таблица 8

Сравнительный анализ динамики численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей за 2008-2014 гг. [3]

(по данным Минобрнауки России)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	94,0	97,2	94,1	86,4	74,5	77,2
г. Москва	88,6	101,0	106,1	85,8	23,6	10,7

По стране в целом доля детей-сирот и детей, оставшихся без родительского попечения, снижается, и может объясняться развитием альтернативных форм помощи данной категории детей. Сокращение численности данной категории в г. Москве со 106% в 2012 г. до 10,7% в 2015 г. трудно однозначно интерпретировать, но сам показатель указывает на положительный прогресс.

## Заключение

Таким образом, нормальное функционирование семьи требует решения ряда проблем: демографические и социально-экономические проблемы. В качестве приоритетных, требующих реализации направлений семейной политики первыми лицами государства названы следующие: решение жилищной проблемы, повышение доходов семей с детьми, создание новых рабочих мест, увеличение количества детских дошкольных учреждений, социальная поддержка семей с детьми, помощь многодетным семьям, ликвидация беспризорности. Основу для проектирования и организации направлений социальной защиты семьи, материнства и детства составляет классификация проблем семей, матерей, отцов и детей. В разработку и проведение государственной семейной политики вовлечены три уровня законодательной и исполнительной власти (федеральный, региональный и муниципальный), каждый из которых реализует общенациональные, региональные и местные целевые функции.

### Список литературы

1. Указ Президента №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» (ред. 8.10.2017) [Текст] / СПС «Консультант». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 8.10.2017).
2. Распоряжение Правительства РФ от 25.08.2014 № 1618-р «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года [Текст] / СПС «Консультант». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 8.10.2017)
3. Население. Семья, материнство и детство [Текст] / сайт Федеральной службы государственной статистики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 8.10.2017)

---

Дедов Евгений Геннадьевич – к. пед. наук, доцент, кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Смоленский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. +74812599548, e-mail: [usd@smolgm.ru](mailto:usd@smolgm.ru)

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

## ПРОБЛЕМЫ

## ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО

**Джаныбекова И.А**

*Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра сестринского дела,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Экстракорпоральное оплодотворение имеет свои плюсы и минусы при применении. Как репродуктивная технология оно решает проблему бесплодия и все его последствия. Этический интерес несомненен. Учитывая распространение заболеваний репродуктивной системы, можно предполагать, что метод ЭКО может помочь в ситуациях с первичным и вторичным бесплодием при соблюдении всех нравственных принципов общества и человечества, религиозные постулаты при этом не должны быть нарушены.

**Ключевые слова:** биоэтика, экстракорпоральное оплодотворение, психология.

## PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF IN VITRO FERTILIZATION

**Dzhanybekova I.A.**

*Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek*

In vitro fertilization has its advantages and disadvantages when applied. As a reproductive technology, it solves the problem of infertility and all its consequences. Ethical interest is beyond doubt. Given the spread of diseases of the reproductive system, it can be assumed that the IVF method can help in situations of primary and secondary infertility, while respecting all the moral principles of society and humanity, the correct religious postulates should not be violated.

**Keywords:** bioethics, extracorporal ovulation, psychology.

Новые современные вспомогательные репродуктивные технологии имеют важное значение при бесплодии. Имплантации искусственно оплодотворенной яйцеклетки и процедура зачатия в пробирке произвела «революцию» в обществе, религии, науке [1 – 3].

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) открыло новые возможности в получении разнообразия генома плода и профилактике наследственных заболеваний. Такие способы технологии ЭКО как суррогатное материнство, донорские сперма и яйцеклетка стали дополнительными методиками для зачатия и вынашивания плода. Новые репродуктивные

технологии позволили планировать пол, количество детей, что стало иметь немаловажное значение в демографической ситуации некоторых развитых стран.

Все разновидности экстракорпорального оплодотворения используются в разных странах мира и получают широкое распространение. Основным биоэтическим моментом в этой технологии является признание человеческого достоинства эмбриона и соответственно, его права на жизнь.

**Цель работы** – анализ психологических проблем экстракорпорального оплодотворения.

**Материалы и методы исследования:** сравнение, анализ, метод герменевтики.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – возможность получения зиготы в пробирке – дало возможность получения потомства искусственным путем, причем с возможностью редактирования генома в пользу наследования здоровых генов.

Технология экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) вызвала много дискуссий в обществе, религии, науке, политике, не сразу была принята даже пациентами, но положительные результаты данной биотехнологии позволили ей широко распространиться по миру и использоваться даже бабушками для внуков при бесплодии дочерей.

Люди не сразу приняли ЭКО как прогрессивный метод решения репродуктивных проблем, было много споров «за» и «против» в средствах массовой информации, но легкая воспроизводимость ЭКО позволила легально использовать её в США, Великобритании, Германии, Франции, Израиле, Южной Корее, Казахстане, Киргизии и др.

Различные религиозные конфессии были против ЭКО. Даже политическая власть во многих странах мира не сразу разрешила ЭКО как для исследовательских целей, так и для широкой практики. Однако и эти противоречия были разрешены.

Возможность иметь детей при бесплодии, в немолодом возрасте, планировать пол, количество детей стала иметь немаловажное значение в демографической политике и демографической ситуации некоторых развитых стран. Открылась перспектива получения здорового генома плода и профилактики врожденных, наследственных заболеваний, а также лечения генетически идентичных детей, родственников. ЭКО открыла новые возможности получения здорового потомства [4 - 6].

В литературе описан случай получения здорового потомства путем ЭКО после трансплантации матки молодой женщине от пожилой пациентки. Описаны случаи получения здорового потомства путем ЭКО у молодых пар, но выношенные немолодыми

женщинами (бабушками этих семей). Конечно, ЭКО совершенствуется, получает признание в мире, но не отрицает естественного зачатия ребенка и вынашивания его в утробе матери.

Иметь здорового полноценного ребенка хочется всем семьям, при невозможности получения потомства естественным путем ЭКО становится спасительным «выходом» в таких случаях. Однако понятно всем, что по нравственным соображениям, разрешение должны иметь традиционные семьи (женщина - мать, мужчина - отец). За что ратуют и официально признанные религии, как православие, иудаизм, ислам, буддизм.

Суррогатное материнство имеет множество этических дилемм, так как инстинкт материнства никто не отменял. Стала понятной важность материнского «термостата», которая позволяет выносить ребенка, создать ему все комфортные условия для полноценной внутриутробной жизни. Мать-ребенок имеют неразрывные природные, психологические, духовные связи. Поэтому создание благоприятных условий для матери автоматически влияет на плод, на будущего ребенка. Питание, условия существования, медицинское обслуживание матери – залог здорового потомства [7 - 9].

Многие страны столкнулись с демографическими проблемами, когда кривая смертности превышала рождаемость, внимание государств многократно усилилось в пользу увеличения количества рожденных детей и пособий на них.

Даже такая многомиллиардная страна как Китай, несмотря на многолетнюю политику сдерживания рождаемости, разрешила иметь двух детей. Израиль давно практикует ЭКО при полном содействии духовенства, раввинов. Поэтому неудивительны их многодетные традиционные супружеские пары.

Донорские сперма и яйцеклетка также коммерциализировались. Однако исследования о возможности разнообразия генов с помощью нескольких генотипов не исключает этих технологий для «оздоровления» генов. Срок хранения донорских сперм и яйцеклеток ограничен примерно 25 лет. Некоторые случаи хранения этих биологических материалов уже позитивно послужили для получения потомства в случае смерти сына или дочери в молодом возрасте при трагических случаях, на войне и т.д.

Бессмертие человечества заключается в передаче генетического материала потомству и поэтому, сохранение сперм и яйцеклеток может рассматриваться как своего рода биологическая страховка семьи, рода, народности.

В настоящее время в некоторых странах создаются биологические «банки» животного и растительного разнообразия флоры и фауны земли. При исчезновении определенных видов растений, в том числе сельскохозяйственных, животных при определенных

экологических условиях их можно возродить. Однако, как показали литературные данные, давно вымерших животных возродить нельзя, даже если сохранились их яйца, как, например, динозавров [10, 11].

Это говорит о том, что технологии сохранения биологического материала требуют усовершенствования. Технологии ЭКО, суррогатного материнства, донорских сперм и яйцеклеток показали уникальность и совершенство природных механизмов оплодотворения. Как человечество не смогло пока создать максимально приближенных к естественным аналогам природного грудного молока, стволовых клеток, органов для трансплантации, так и процесс ЭКО совершенствуется. Сам процесс оплодотворения в естественных условиях сопровождается ярким «свечением», что еще раз подтверждает энергозатратность данного процесса, о чем пишут древние литературные китайские источники. Поэтому ЭКО в лабораторных условиях стараются обеспечить натуральной природной энергией митохондрий.

Нельзя обойти вопрос о правах эмбриона, плода, ребенка. Во многих странах законодательно эти права утверждены, что говорит о гуманности по отношению к этим недееспособным существам.

Еще один немаловажный вопрос – это дополнительные эмбрионы, которые остаются после ЭКО. Сам процесс ЭКО многоступенчатый. Поэтому создается несколько эмбрионов и проверяется их жизнеспособность *in vitro*, *in vivo*. «Неудавшиеся» эмбрионы извлекаются из полости матки, часть их остается в пробирках и, конечно, подлежат удалению. «Ненужные» эмбрионы не должны использоваться в экспериментах. Поэтому тщательный мониторинг здесь оправдан. В эмбриональной ткани заинтересована трансплантология. Из эмбрионов можно вырастить различные органы, причем они неиммуногенны в такой степени, как у более взрослых людей. Однако на такие органы во всех странах имеется запрет, это не этично, что поддерживается всеми. Преодолимый этот биоэтический барьер или нет покажет время и политическая воля государств, более приемлемо и перспективно, на наш взгляд, «выращивание», «создание» новых трансплантационных органов из одной любой, даже жировой, клетки, что открывает перспективы для клеточной терапии.

Трансплантационные органы, по нашему мнению, тоже должны создаваться только по письменному согласию родителей, родственников. Все права эмбриона, плода, ребенка должны быть закреплены законодательно исходя из вечных нравственных принципов, сложившихся устоев, традиций проживающего народа, национальностей данного государства. Принцип «только во благо» должен быть неукоснительно соблюден [12, 13].

## Заключение

Имеются уже длительные наблюдения за ЭКО-детьми, но неположительные литературные отзывы отсутствуют. Учитывая распространение заболеваний репродуктивной системы в подростковом возрасте, неблагоприятные различные экологические факторы, которые присутствуют повсеместно, влияющие на детский организм, как мальчиков, так и девочек, мутации вирусов, можно предполагать, что метод ЭКО может помочь в ситуациях с первичным и вторичным бесплодием при соблюдении всех нравственных принципов общества и человечества, правильные религиозные постулаты не должны быть нарушены. Следование и соблюдение природных закономерностей – необходимый постулат при использовании и применении новых биотехнологий в современном мире [14].

### Список литературы

1. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-традиция, 1998. - 384 с.
2. Покровский В.И., Лопухин Ю.М. Биомедицинская этика. Вып.3, М.: Мед., 2002. - 342 с.
3. Деонтология в медицине. Под ред. Б.В.Петровского. М.: Мед., 1988. - 358 с.
8. Воронин Е.С. Биотехнология. СПб: ГИОРД, 2008. – 328с.
4. Караваева Е.И., Кравцов Р.В. Биомедицинские технологии: вопросы правового регулирования и ответственности, М., 2005. - 262с.
5. Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины, Овьедо, 04.04.1997 г., ст.18
6. Конституции государств Европы. Сборник документов. М.: Норма, 2001; 422 с.
7. Приказ МЗ РФ № 325 от 25.07.03 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации», М., 2003
8. Приказ МЗ РФ № 345 от 29.08.01 «О создании экспертного совета рассмотрению научный исследований в области развития клеточных технологий и внедрению их в практическое здравоохранение» М., 2001
9. Interim Report on the State of the Art in the Field of Xenotransplantation: Strasburg, Council of Europe, 2000; 98
20. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights. The Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights was adopted unanimously and by acclamation at UNESCO's 29<sup>th</sup> General Conference (11.11.97), 1997
10. Флоуз Боб. Секреты долголетия китайских императоров. Ростов н/Д:Феникс, 2003. - 128 с.
11. Циннань, Даоцин. Терапевтические упражнения китайской медицины. Пер. с англ., Ростов н/Д: Феникс, 2008. - 328 с.

12. Алешкина О.Ю., Логашова Н.Б.. Инновационные формы профессиональной подготовки бакалавров / Медицинская сестра, 2017. - №3; 48-50
13. Михайловский М.Н. Учебно-профессиональные установки будущих бакалавров сестринского дела / Медицинская сестра, 2017. - №3. – С.50-52
14. Нефедова С.Л., Турчина Ж.Е. Пилотный проект «Универсальная медицинская сестра», 2017. - № 3. – С.17-20

---

Джаныбекова Индира Алтынбековна - к.м.н., преподаватель кафедры сестринского дела, Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, тел. 0(312) 56-59-46 0555 93-04-80 , e-mail: indirad8@mail.ru

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ЛИЧНАЯ КУЛЬТУРА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ СПЕЦИАЛИСТА

**Жукова Н.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра клинической психологии, г. Екатеринбург*

Профессиональное становление специалиста, исходя из взаимосвязи и взаимообусловленности профессиональной идентификации и личной культуры субъекта познания может быть проявлена на следующих уровнях, генетически сменяющих друг друга: I уровень – уровень культурной и социальной идентичности (этнической идентичности); II уровень – уровень социокультурной компетентности профессионального самопознания; III уровень – уровень духовности личности и профессионального самоопределения и саморазвития; IV уровень – уровень гражданской идентичности и профессиональной самоактуализации; V уровень – уровень интеллигентности и профессиональная самореализация в культуре.

**Ключевые слова:** профессиональное становление, профессиональная идентификация, профессиональная идентичность, внутренний кросс-культурный контекст, личная культура субъекта познания.

## Professional identity and personal culture in professional formation of the specialist

**Zhukova N. V.**

*Ural state medical University, Yekaterinburg*

Professional formation of a specialist, based on the interrelation and interdependence of professional identification and personal culture of the subject of cognition, can be manifested at the following levels, genetically replacing each other: I level - the level of cultural and social identity (ethnic identity); II level - the level of socio-cultural competence of professional self-knowledge; III level - the level of spirituality of the individual and professional self-determination and self-development; IV level - the level of civil identity and professional self-actualization; V level - the level of intelligence and professional self-realization in culture.

**Keywords:** professional formation, professional identity, professional identity, internal cross-cultural context, personal culture of the subject of cognition.

Профессиональное становление в психологии рассматривается как стадии профессионального становления (Кудрявцев Т.В.), профессиональные компетенции (Зеер Э.Ф.), кризисы профессионального развития (Сыманюк Э.Э.), этапы профессионального

становления (Климов Е.А.), уровни и этапы профессионального становления (Маркова А.И.), профессиональная культура (Вербицкий А.А.).

### **Цель**

В данной статье мы обозначим проблему профессионального становление специалиста через взаимосвязь и взаимообусловленность процесса профессиональной идентификации и становления личной культуры субъекта познания.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализирован процесс профессионального становления и развития в сопряжении с процессом профессиональной идентификации и взаимосвязи со становлением личной культуры субъекта познания.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В процессе профессионального становления развивается профессиональная культура, обусловленная уровнем личной культуры и процессом профессиональной идентификации, который предполагает взаимодействие в ситуации профессиональной деятельности и общения. Для формирования профессиональной идентичности как результата на определенном уровне развития личной культуры и профессиональной идентификации очень важно для будущего специалиста в любой области профессионального становления войти в среду, пространство и контекст профессиональной деятельности для того, чтобы сформировалась адекватная, конгруэнтная данной деятельности семиотическая модель взаимодействия при сохранении творческого начала и неповторимости и уникальности личности каждого специалиста.

Человек как субъект развивается в культурном сообществе, используя коммуникацию – передавая и принимая сообщения от других субъектов общения и деятельности в процессе познания и жизни. Принимаемое или передаваемое сообщение должно сохранять свойство адекватности, не терять смысла при переводе с языка собственного «Я» на язык другого. Возможность такого перевода скрыта в кодах сообщений обоих участников, они не тождественны, но образуют пересекающиеся множества. Ю. М. Лотман пишет, что неадекватность агентов коммуникации превращает сам этот факт из пассивной передачи в конфликтную игру, в ходе которой каждая сторона стремится перестроить семиотический мир противоположной стороны по своему образцу, и одновременно заинтересована в сохранении своеобразия своего контрагента.

В результате культура стремится, чтобы в ее структуре происходило увеличение семиотического разнообразия за счет изменений на уровне отдельных «культурных личностей», обладающих замкнутым имманентным миром с собственной внутренней

структурно-семиотической организацией, собственной памятью, индивидуальным поведением, интеллектуальными способностями и механизмом саморазвития. Таким образом, культура как целостный организм представляет собой сочетание таких построенных по образцу отдельных личностей структурно-семиотических образований и системы связей (коммуникаций) между ними. Посредством коммуникации индивидуальные субъекты культуры объединяются в коллективный субъект культуры. В нашем случае – это образование профессионального сообщества, где формируется профессиональный контекст, который предполагает взаимодействие со своей структурно-семиотической организацией. Каждый раз это взаимодействие разворачивается как творческий процесс [1, 2].

Г. А. Глотова с позиций семиотического подхода рассматривает начало творческого акта, который начинается с создания в себе самом внутренних механизмов осуществления той или иной деятельности. Творчество – это сотворение себя как субъекта разнообразных видов человеческой деятельности, носителя способностей к различным видам деятельности, а получение продукта – лишь кристаллизация, опредмечивание тех новых, оригинальных способностей, которые сформировал в себе (разумеется, не в одиночестве, а во взаимодействии с другими людьми на основе знакомых образований) данный человеческий индивид [3].

В плане формирования механизмов творческой деятельности, отмечает Г. А. Глотова, особое значение имеет становление смысловой сферы личности. Она описывает эту сферу на трех языках: на «языке всеобщего» – как всеобщечеловеческие смыслы мира, как отношение всего мира в целом и каждого отдельного элемента к базальным механизмам человеческой жизнедеятельности; на «языке особенного» – как отношение мира к механизмам жизнедеятельности, связанным с принадлежностью человека к социуму, включенностью в те или иные группы; на «языке единичного» – как отношение мира к универсальному сочетанию механизмов жизнедеятельности отдельного конкретного человека.

Соответственно рассматриваются и смыслы человеческой жизни: на «языке всеобщего» – смысл человеческой жизни в том, чтобы быть активным творческим началом, особым космическим фактором, развивающим и преобразующим мир, сообщающим ему новые направления и тенденции развития; на «языке особенного» – смысл жизни человека в активном воздействии на социум в целом и отдельных его представителей, в творческом развитии разных сфер социальной действительности, в переводе тех или иных тенденций развития социума на качественно новый уровень; на «языке единичного» смысл жизни

человека – в саморазвитии, в сотворении себя как носителя разнообразных человеческих качеств и способностей, как творческой личности, способной к самоактуализации и самореализации. Таким образом, пишет в заключение Г. А. Глотова, «смысл мира – в его отношении к человеку, в его влиянии на человеческую жизнь, а смысл жизни человека в его отношении к миру (природному и социальному) и к себе как части этого мира, смысл жизни человека в воздействии на мир, в его развитии, переводе в качественно новое состояние» [3].

В. И. Слободчиков и Н. А. Исаев считают, что «образование как обучение, воспитание, формирование является основной культурной формой человеческого существования, оно лежит в его основе», подчеркивают, что без передачи культурных образцов и способов взаимодействия человека с миром, осуществляемых в образовательном пространстве, невозможно представить человеческую жизнь.

Под образованием мы понимаем «созидание человеком образа мира в себе самом путем активного полагания себя в мире предметной, социальной и духовной культуры» [4].

Человек «погружается» в культуру, усваивая разные смысловые жизненные контексты. Этот процесс связан с преодолением различного уровня сопротивлений, а именно, этот процесс связан с выбором отношений с миром и определением своей позиции в нем. В результате этого процесса происходит формирование и обогащение личной культуры субъекта познания. Под личной общей культурой человека мы понимаем непрерывно изменяющиеся, находящиеся в развитии интеллектуальные, моральные и нравственно-этические (духовные) образцы поведения и деятельности человека, которым он следует в своем бытии. В процессе профессионального становления процессы профессиональной идентификации и становления личной культуры взаимообуславливают друг друга и определяют жизненную позицию и смысл существования специалиста. Личная культура и профессиональная идентичность в определенный момент профессионального становления, обусловлен внутренним кросс-культурным контекстом субъекта познания. Под внутренним кросс-культурным контекстом субъекта познания мы понимаем сложившийся на данный момент в психике человека образ мира, мироощущение как результат взаимодействия и взаимовлияния разных культур (общечеловеческой, этнической, национальной, коммуникативной, профессиональной, информационной и т. п.), определяющий для него значение и смысл восприятия, понимания и преобразования конкретной ситуации как целого и ее компонентов [5].

Исходя из этого, личная культура и профессиональная идентичность может быть проявлена на следующих уровнях, генетически сменяющих друг друга: I уровень – уровень культурной и социальной идентичности (этнической идентичности); II уровень – уровень социокультурной компетентности профессионального самопознания; III уровень – уровень духовности личности и профессионального самоопределения и саморазвития; IV уровень – уровень гражданской идентичности и профессиональной самоактуализации; V уровень – уровень интеллигентности и профессиональная самореализация в культуре.

### **Вывод**

Таким образом, процесс профессионального становления и развития сопряжен с процессом профессиональной идентификации во взаимосвязи и обусловленности становлением личной культуры субъекта познания. Конечно, мы осознаем, что это теоретическая модель, которая требует своих исследователей для обоснования и подтверждения.

### Список литературы

1. Лотман Ю. М. Культура как коллективный интеллект и проблемы искусственного разума (доклад) / Ю. М. Лотман. – М.: РАН - 1977. – 18 с. – (АН СССР Науч. совет по комплексной проблеме «Кибернетика». Междунар. Совещ. По искусств. Интеллекту. П 6.
2. Слободчиков В. И. Психология человека / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. – М.: Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
3. Глотова Г. А. Психология творчества и семиотика / Г. А. Глотова. – Екатеринбург, УрГУ им. А.М. Горького 1992. – 56 с.
4. Вербицкий, А. А. Новая образовательная парадигма и контекстное обучение / А.А. Вербицкий. – М.: ИЦПКПС, 1999. – 75 с.
5. Лотман, Ю. М. Внутри мыслящих миров: Человек – текст – семиосфера – история / Ю. М. Лотман. – М. : Язык русской культуры, 1996. – 464 с.

---

Жукова Наталья Владимировна – д.псих.н, профессор, кафедра клинической психологии Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. 89126016329, e-mail: nataly-n.tagil@mail.ru

## ИСТОКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ КАК ФИЛАНТРОПИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Надеева М. И.**

*Казанский национальный исследовательский технологический университет, г. Казань*

Проанализирован опыт социальной работы в мировых религиях. Описаны формы религиозного служения и благотворительной деятельности. С возникновением и развитием религиозных и философских систем, понятия справедливости, милосердия, благотворительности получают свое религиозное и философское обоснование, сходное во многих чертах, независимо от конфессиональной принадлежности или философской школы.

**Ключевые слова:** социальная работа, благотворительная деятельность, мировые религии.

### The origins of social work as a philanthropic activity

**Nadeeva M. I.**

*Kazan National Research Technological University, Kazan*

The experience of social work in world religions is analyzed. Forms of religious service and charitable activities are described. With the emergence and development of religious and philosophical systems, the concepts of justice, charity, charity receive their religious and philosophical justification, similar in many ways, regardless of the confessional or philosophical school.

**Keywords:** social work, charity, world religions.

Милосердие как аксиологический императив осознается и признается главной ценностью, которую трудно вычленишь и зафиксировать в социальной жизни, но без утверждения и развития которой невозможно представить дальнейший прогресс общества.

Милосердие является одним из наиболее возвышенных и благотворных атрибутов гуманного общества. В наше время общество, как никогда, ощущает необходимость гуманного обращения не только в отношении человек - человек, но и в отношении человек - природа, человек - окружающая среда.

Милосердие как явление широко обсуждается в научном сообществе, но до сих пор остается слабо разработанным, сложным и противоречивым для восприятия социально-философским феноменом. Трудности начинаются уже с момента определения самого

феномена и его интерпретации. Имеет ли милосердие биологические корни, или это только социальный феномен? Можно ли развить данное качество в человеке? Можно ли отнести милосердие к просоциальному поведению? Эти вопросы остаются в научном сообществе открытыми.

Сегодня феномен милосердия анализируется учеными – представителями разных областей отраслевого знания: социологии, психологии, педагогики, психиатрии.

### **Цель работы**

В данной статье понятие «милосердие» рассматривается через религиозные практики как относительно устойчивые формы социальной деятельности. При этом религия рассматривается как распространенное средство легитимации и поддержания социального порядка.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализирован опыт социальной работы в мировых религиях. Описаны формы религиозного служения и благотворительной деятельности.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Социальная работа имеет богатую историю и охватывает широкий круг вопросов – от духовного наследия до конкретных практических проявлений. Социальная работа как институт является важнейшим элементом, характеризующим современный тип государства и общества. Социальная работа как феномен связана со многими социально-политическими преобразованиями в мире. Однако глубинный смысл социальной работы, ее основа заложены в сострадании, сочувствии и любви к человеку, в желании пробудить в нем силы для возрождения, новой жизни. В основе социальной работы лежит активное, деятельное начало, заключающееся в сострадании и реализующееся в милосердии и благотворительности. Поэтому для понимания социальной работы как феномена необходимо, в первую очередь, рассмотреть милосердие и сострадание под углом духовного, культурного, историко-политического, социально-экономического опыта общества.

Истоки социальной работы как филантропической деятельности лежат в области религии и этики. В качестве религиозных предпосылок социальной работы следует отметить общие гуманистические принципы, характерные для всех религий. Это сострадание, любовь к ближнему, благотворительность, сочувствие, помощь страдающим. Все мировые религии объединяют человеколюбие и сострадание как нравственные основания веры.

Важность знания и соблюдения морально-этических норм постулируется во всех мировых религиях. Они являются необходимой основой для нравственного роста и развития личности, регулируют эстетические нормы в обществе, удерживают человека от сугубо материалистического прагматизма. Религия и нравственность тесно связаны между собой. Религия невозможна без нравственности, а нравственность невозможна без религии. Истинная же вера не может быть без добрых дел. В своей статье «Православная апологетика» известный православный богослов Иван Андреев писал: «Как благоухающий по природе цветок не может не благоухать, так и истинная вера не может не свидетельствоваться нравственностью. В свою очередь, и нравственность без религиозной основы и без религиозного света не может существовать и непременно завянет, подобно растению, лишенному корня, влаги и солнца. Религия без нравственности подобна бесплодной смоковнице; нравственность же без религии – подобна срубленной смоковнице» [1].

Все три мировые религии – христианство, буддизм и ислам – имеют много сходного в своем генезисе.

Согласно христианскому учению, милосердие – это безусловная личная любовь, послушание, чувство единства с «миром», уникальности своего собственного существования.

Иной ракурс милосердия представлен в буддизме. Ценности заключены в самом человеке и не зависят от богатства, знатности и даже богов.

Милосердие в исламе имеет два направления: божественное, которое связано с покровительством, защитой и помощью всему сущему, и человеческое милосердие, которое заставляет следовать заповедям Бога.

Религия также оказывает влияние на отношение общества к таким социальным институтам, как благотворительность и помилование, способствуя их развитию и упрочнению. Таким образом, с позиции мировых религий благотворительность является традиционной этической и социальной нормой.

Такие сферы духовного бытия человека, как нравственность и религия, многим людям представляются неразделимыми. Если религию представить неким сплавом этического, чувственного, эстетического и интеллектуального начал, то этическое начало, несомненно, будет в ней абсолютно преобладать. Общечеловеческие основы нравственности, без которых невозможно существование ни одной культуры, так или иначе, в тех или иных вариантах можно обнаружить во всех мировых религиях и более мелких конфессиях. У христиан они воплощены главным образом в ветхозаветном

«Декалоге» или «десяти заповедях», составляющих «запретительную» часть вероучения. Что же касается «рекомендательной» части, то она содержится в Нагорной проповеди Христа, а также в других новозаветных наставлениях. Если признать, что цель человеческого развития состоит в достижении таких идеалов, как знание, братская любовь, облегчение страданий, обретение независимости и чувства ответственности, то большой разницы между христианством и другими вероучениями нет. Эти идеалы составляют этическую суть всех великих религий, на которых основаны восточная и западная культуры. И хотя между этими учениями существуют известные различия, например, Будда придает особое значение уменьшению страданий, мусульманские пророки делают ударение на важности знания и справедливости, а Христос на первое место ставит братскую любовь, – поразительно, насколько единодушны эти религиозные учителя в отношении цели человеческого развития и тех норм, которыми должен руководствоваться человек.

Традиции религиозной благотворительности ведут свое начало, пожалуй, с тех самых времен, когда благотворительность появляется как таковая. В священных текстах всех религий делам милосердия отводится особое место. С одной стороны, помощь тем, кто в ней нуждается, есть предписание или прямое требование в различных религиях и религиозных сообществах. Например, в иудаизме установлена даже мера постоянных отчислений в пользу бедных и несчастных – цдака, десятая часть дохода. Есть подобная норма и у мусульман, существовала она и во многих христианских общинах. С другой же стороны, благотворительность и милосердие для верующего человека есть глубоко личное действие, личное служение, которое не исчерпывается предписаниями и публичными общинно-религиозными требованиями.

Такие качества, как взаимопомощь, стремление помочь друг другу всегда были присущи цивилизованному человеческому обществу. Конечно же, в разные периоды они осуществлялись разными средствами, касались далеко не всех слоев населения и по-разному оценивались обществом и его различными институтами. Сначала речь шла о естественном порыве души: помочь ближнему своему, ибо только во взаимопомощи и мог выжить человек. В каждом государстве характер поддержки, оказываемой «сырым и убогим», несет на себе отпечаток национальной культуры, сложившихся традиций, уровня экономического развития и многих других факторов. При рассмотрении благотворительности как предвестника современных социальных институтов для нас важен следующий вывод: стремление к взаимопомощи имманентно присуще человеку.

Со временем эти ценностные ориентации становятся в той или иной форме постулатами всех мировых религий. И религиозные институты выступают не только яркими проповедниками помощи нуждающимся, но и сами зачастую оказывают ее. Эта деятельность стала традиционно находиться под патронажем церкви. Отсюда второй вывод: религия с ее постулатами помощи ближнему своему (а иногда и ответственности за него) определила многие нынешние формы социальной поддержки.

Даже фрагментарное ретроспективное рассмотрение религиозно-философских предпосылок и традиций милосердия, справедливости, благотворительности показывает, что они являются общечеловеческими ценностями, имеющими глубокий нравственный и гуманистический смысл, связанный со становлением духовности человека. Милосердная практика возникла задолго до появления организованных религиозных и государственных структур, а с появлением последних стала одним из важнейших направлений их социальной политики, направленной на обеспечение стабильности общества, утверждения социальной справедливости, предотвращения социальных конфликтов. Со временем эта деятельность получила религиозное освящение. Она закреплена в канонах и заповедях всех религий. Милосердная благотворительная деятельность всегда была одной из самых важных сфер деятельности религиозных организаций различных направлений, которые накопили громадный опыт благотворительной деятельности, исчисляемый многими веками.

### **Вывод**

Изучение религиозно-философских предпосылок становления понятий милосердия и справедливости, являющихся ключевыми в социальном служении, позволило сделать вывод о том, что начиная с древнейших времен, человечество размышляло над этими проблемами, и свое видение справедливого общества пыталось перевести в практическую плоскость путем определенным образом мотивированной благотворительной деятельности. С возникновением и развитием религиозных и философских систем, понятия справедливости, милосердия, благотворительности получают свое религиозное и философское обоснование, сходное во многих чертах, независимо от конфессиональной принадлежности или философской школы.

### Список литературы

1. Андреев И.М. «Православная апологетика». - Сретенский монастырь, 2006 г.

---

Надеева Марина Иосифовна – д.пед.н, профессор кафедры социальной работы, педагогики и психологии, факультет социально-технических систем, Казанский национальный исследовательский технологический университет, г. Казань, ул. Карла Маркса, 68, телефон 89053188850, E-mail: marina\_nadeeva@bk.ru

## КУЛЬТУРНО-ЦЕННОСТНЫЙ КОНФЛИКТ В ФОРМИРОВАНИИ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ОСНОВ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА

**Сулейманова К.О.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, колледж, г. Омск*

В настоящей статье рассмотрены проблемы, связанные с понятием конфликтогенности общества; социально-философским анализом конфликта; предложены формы диагностики и прогнозирования социального конфликта. Современному педагогу, для решения культурно-ценностных конфликтов в развитии личности будущего компетентного специалиста, без духовно-нравственной компоненты в педагогической деятельности не справиться.

**Ключевые слова:** культура, конфликт, конфликтогенность, диагностика конфликта, прогнозирование конфликта, социально-философский анализ, динамика конфликта.

## Cultural value conflict in the formation of spiritual and moral foundations of the future specialist

**Suleymanova K.O.**

*Omsk State Medical University, Omsk*

In this article, problems related to the concept of conflict of the society are examined; socio-philosophical analysis of the conflict; forms of diagnostics and forecasting of social conflict are offered. To the modern teacher, for the decision of cultural-value conflicts in development of the person of the future competent expert, without a spiritually-moral component in pedagogical activity to not consult.

**Keywords:** cultural, conflict, conflict potential, conflict diagnosis, prediction of conflict, social and philosophical analysis of the dynamics of the conflict.

Современный период российской истории и образования – время смены ценностных ориентиров. 90-е годы прошлого столетия очень значимы для нас. В России был проведен быстрый демонтаж советской идеологии, поспешным копированием западных форм жизни. У российских граждан в то время не сложилась ясно выраженная система ценностных ориентиров, объединяющих россиян в единую историко-культурную и социальную общность.

Здесь нельзя не вспомнить слова великого философа Бодрийяра: «Хуже всего не то, что мы завалены со всех сторон отбросами, а то, что мы сами становимся ими. Вся

естественная среда превратилась в отбросы, т. е. в ненужную, всем мешающую субстанцию, от которой, как от трупа, никто не знает, как избавиться, его место на помойке истории, а помойка истории превратилась в информационную помойку» [1]. И когда мы осознали, что заросли «отбросами», нам понадобилось духовно-нравственное воспитание, как обязательная вакцина и панацея от всех бед.

И вот уже двадцать первый век ознаменован модернизацией всех сфер деятельности человека, в том числе изменениями в характере образования. Этот век ведет нас к формированию «свободно развивающегося человека», его творческой инициативы, самостоятельности, конкурентоспособности, мобильности, а самое главное компетентности: все это нашло отражение в Федеральном законе «Программы развития образования», концепции модернизации отечественного образования на период до 2020 года.

**Цель работы** – анализ значимости культурно–ценностного конфликта в формировании духовно-нравственных основ будущего специалиста.

#### **Материалы и методы исследования**

В настоящей статье рассмотрены проблемы, связанные с понятием конфликтогенности общества; социально-философским анализом конфликта; предложены формы диагностики и прогнозирования социального конфликта.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Ориентация российского образования на Федеральные Государственные стандарты требует от образовательных учреждений совершенствования в подготовке специалиста, становления его как профессионала не только глубоко знающего свою профессию и легко ориентирующегося в новейших достижениях в области своей профессиональной деятельности, но и как человека, не оторванного от своего прошлого, человека высокой культуры, нравственности и морали.

На реализацию новых стандартов брошены все силы интеллектуального общества, все хотят внести свою лепту и стать вехой в истории образования, что порождает конфликты в решении важных вопросов.

Все современное «культурное» воспитание направлено на то, чтобы ребенок был удобен, последовательно, шаг за шагом, оно стремится усыпить, подавить, истребить все, что является волей и свободой ребенка, стойкостью его духа [2].

Для того чтобы обучающийся усвоил знания, умения, способы деятельности, познал себя, выработал ценностное отношение к социальному опыту, окружающему миру и к себе, преподаватель прикладывает усилия для организации познавательного процесса.

Но результат образовательного, развивающего и воспитательного процессов не всегда бывает положительным по отношению ко всем студентам, поэтому приходится обращаться к технологии проблемного обучения.

Технология проблемного обучения не является новым фактом в истории педагогики.

В наше время проблемное обучение это создание преподавателем проблемной ситуации и активная самостоятельная деятельность обучающихся.

В результате такой деятельности происходит творческое овладение профессиональными знаниями, навыками, умениями и развитие мыслительных способностей.

В современной теории проблемного обучения различают два вида проблемных ситуаций: педагогическую и психологическую и здесь не маловажную роль играют помощники, одним из которых является философия.

Дети находятся в поиске и решении сложных вопросов, требующих актуализации знаний, анализа, умения видеть за отдельными фактами явления, закон.

Проблемные ситуации могут создаваться на всех этапах процесса обучения: при объяснении, закреплении или контроле знаний, умений, навыков.

Для того чтобы реализовать проблемную технологию нужно отобрать самые актуальные и существенные задачи, определить особенности проблемного обучения в различных видах учебной работы, построить оптимальную систему проблемного обучения, создать учебные и методические пособия и руководства, использовать личностный подход и мастерство, способное вызвать активную познавательную деятельность ребенка [3]. Здесь философия, протягивает «руку» помощи своей образностью, яркостью или конфликтностью фактов, а это необходимое условие эмоционального восприятия, произвольного запоминания, активной мыслительной деятельности обучающегося, без чего нет конкретного изображения происходящего.

Необходимым в использовании технологии проблемного обучения является сочетание индивидуальной и коллективной работы.

Преподаватель не только организует процесс, но и может принимать в нем самое активное участие «изнутри» как равноправный участник диалога или практического занятия.

Он создает конфликт, объясняет, показывает, напоминает, намекает, подводит к проблеме, иногда сознательно ошибается, объективирует, советует, стимулирует, заинтересовывает, закрепляет авторитет обучающегося среди товарищей.

Знания, умения и навыки обучающиеся получают не за счет зубрежки, преподавательского напора и т.д., а за счет развитых и развивающихся способностей.

Так можно использовать технологию проблемного обучения в интерактивном режиме, основной метод которой «Деловая игра» или эвристическая частично-поисковая беседа.

Современные дети, на сегодняшний день, не вписываются в широкие рамки терпимости, им сложно взаимодействовать в группах, особенно если они приверженцы разных систем мировоззрения и различным ценностным ориентациям, здесь и возникает ценностный конфликт «свой и чужой». В таком делении возникает доминирующий фактор индивидуальной и групповой мотивации: ценностные противостояния и приоритеты. Конфликты на почве ценностей, в отличие от конфликтов на почве ресурсов, как правило, возникают из-за навязывания их одним социальным субъектом другому: принудительно к ним приобщая, либо – из-за пренебрежительного к ним отношения со стороны других субъектов. Игра помогает снять часть напряжения и решить некоторые конфликты.

Игра – это сложное социально-психологическое явление для решения культурно-ценностных конфликтов. В игре ребенок учится управлять собой, учится подчинять свое поведение правилам, формируя и развивая свои движения, внимание, умение сосредоточиться. Следовательно, игра развивает способности, которые особенно важны для успешной адаптации к жизни. Ведущий исследователь игры в 20 веке – Й. Хейзинга писал: «Игру нельзя отрицать. Можно отрицать почти все абстрактные понятия... Можно отрицать серьезность. Игру — нельзя» [4].

Играя, обучающиеся стремятся брать на себя роли, которые привлекают их в реальной жизни, они, как правило, связаны с проявлением смелости, мужества, необходимостью принимать решения в сложных ситуациях и формировать компетенции.

В теории и практике доказана высокая педагогическая эффективность разнообразных игр.

Как известно, эффективное обучение может происходить только тогда, когда у обучающихся сформирована высокая мотивация к обучению. Мотивация к овладению знаниями не может сложиться стихийно. Для этого педагогу необходимо использовать на занятиях игровой вид деятельности, наглядность. Это все намного доступнее для обучающегося, чем «сухая» теория.

Говоря о проблемах российского образования, обычно упоминается: недостаток финансирования, коммерциализация процесса обучения, пресловутая «Болонская

система», буквально навязываемая преподавательскому составу, низкий уровень подготовки школьников, единый государственный экзамен и т.д.

Этот список претензий к государству приписывается обществу, хотя принадлежит, конечно, преподавателям. Профессиональное образование имеет своей очевидной целью интеграцию ребенка в общество. Ему приходится бороться за пальму первенства со средствами массовой информации.

Символическое пространство нашего мира ничем не защищено. Ничем не защищено интеллектуальное пространство собственного мнения. Когда техника делает доступным все, что угодно, мы уже не можем решить, что полезно, а что бесполезно; пребывая в недифференцированном мире, мы не в состоянии решить, что прекрасно, а что безобразно, что хорошо, а что плохо, что оригинально, а что нет [5].

### **Заключение**

В свое время в Европе заговорили об умершем боге. В эпоху постмодернизма к умершему богу присоединилось государство, отказавшееся задавать этические стандарты. Авторитеты возникают ниоткуда, чтобы, улучив момент доверия, незаметно исчезнуть в никуда и спросить некого. Поэтому современному педагогу, для решения культурно-ценностных конфликтов в развитии личности будущего компетентного специалиста, без духовно-нравственной компоненты в педагогической деятельности не справиться.

### Список литературы

1. Бодрийяр Ж. Город и ненависть. – М.: Альфа – Пресс, 2010.
2. Вартофский М. Модели. Репрезентация и научное понимание: Пер. с англ. - М., 1988.
3. Данилюк А.Я., Кондаков А.М., Тишков В.А. Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России. - М.: Альфа – Пресс, 2011.
5. Переслегин С. Опасная бритва Оккама. – М.: Астрель, 2011.
6. Хейзинга Й. Homo Ludens. Статьи по истории культуры. Коммент. Д. Э. Харитоновича. - М.: Прогресс - Традиция, 1997.

---

Сулейманова Карина Омыровна - преподаватель философии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, колледж, г. Омск, ул. Ленина,12, тел.89136497264, e-mail: Besssarida@mail.ru

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРАВОВОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

**Холопов А.А., Павлов Ю.И**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск*

В статье изучена правовая информированность врачей, медицинских сестер и пациентов трех лечебных учреждений, проведено сравнение правовых знаний различных групп опрошенных. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости повышения правовой информированности населения в вопросах получения качественной медицинской помощи через организацию и развитие информационно-консультативной деятельности.

**Ключевые слова:** правовая информированность, медицинские работники, пациенты

## Comparative estimation of medical staff and patients legal awareness

**Kholopov A.A., Pavlov Y.I.**

*South Urals State Medical University, Chelyabinsk*

In the article, the legal awareness of doctors, nurses and patients of three medical institutions was studied, the legal knowledge of different groups of respondents was compared. The results of the research testify to the need to increase the legal awareness of the population in obtaining high-quality medical assistance through the organization and development of information and advisory activities.

**Keywords:** legal awareness, medical staff, patients

Укрепление основ правового государства и реализация конституционных прав и свобод непосредственно связаны с состоянием правовой культуры общества, уровнем правового сознания граждан [1]. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь декларируется в статье 41 Конституции РФ. В связи с этим правовое просвещение и правовое воспитание граждан России в области охраны здоровья должны быть одними из приоритетных направлений в работе как органов государственной власти и местного самоуправления, так и общественных объединений, медицинских организаций и их должностных лиц.

**Целью исследования,** проведенного в 2015-2016 гг., являлось сравнительное определение информированности медицинских работников и пациентов стационара о

правовых основах охраны здоровья, собственных правах на оказание и получение медицинской помощи.

### **Материалы и методы исследования**

Для более широкого охвата респондентов работа была спланирована как мультицентровая, где базами исследования выступили:

- крупная городская больница областного центра – МАУЗ ГKB №1 г. Челябинска;
- городская больница города областного подчинения - МЛПУЗ ГБ №6 г. Златоуста Челябинской области;
- гарнизонный военный госпиталь - ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, г. Камышлов Свердловской области.

Для проведения социологического исследования была использована анкета для пациентов в возрасте от 18 лет, содержащая 13 вопросов полуоткрытого и закрытого типа. Анкета для медицинских работников содержала 23 вопроса полуоткрытого и закрытого типа, в том числе 10 тестовых. Объем выборки был определен по общепринятым методикам с погрешностью доверительного интервала в 5%.

В исследовании приняли участие:

- 57 врачей (из них 9 военнослужащих),
- 191 средний медицинский работник,
- 546 пациентов (из них 168 военнослужащих).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Нами составлена социальная характеристика пациентов стационара, давших согласие на участие в исследовании. Учитывая наличие военного госпиталя в качестве одной из баз, неудивительно, что гендерное соотношение в группе пациентов составило 43% женщин и 57% мужчин.

Возрастной состав респондентов оказался разнообразным. Наибольшую группу составили пациенты в возрасте от 31 до 40 лет.

Бесспорно, важной медико-социальной характеристикой является уровень образования, от которого в значительной степени зависят правовая информированность и гражданская активность индивидуума. В исследуемой группе пациентов преобладали лица со средним специальным образованием - 37% опрошенных, высшее и неоконченное высшее образование имели 34%, среднее образование получили 29%.

Далее был задан стандартный вопрос аналогичных исследований в здравоохранении: «Как часто вы посещаете медицинские учреждения?» Здесь у военнослужащих

преобладает ответ «раз в год» - 45%, а у гражданских лиц на первом месте вариант «раз в месяц» - 46%.

Следующим важным блоком анкеты была проверка правовой информированности граждан в области охраны здоровья и собственных прав и обязанностей в данном вопросе. Прежде всего, опрошенные показали свои знания нормативных актов РФ в этой области, оценивая свои знания на уровне «слышал о нем» или «знаю содержание». Выяснилось, что гражданские и военнослужащие пациенты имели наиболее полное представление о двух законодательных актах – Конституции РФ (46,9%) и ФЗ №181 «О социальной защите инвалидов в РФ» (32,7%). Какое-либо представление о ФЗ №232 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имели только 25% опрошенных.

Исходя из приведенных данных, можно сказать, что осведомленность респондентов о законах, защищающих их права на охрану здоровья, невысока.

После общих вопросов выяснили информированность пациентов в области конкретных прав в области охраны здоровья – прежде всего, на оказание бесплатной медицинской помощи. Любого современного человека должно интересовать, какие медицинские услуги ему положено получать бесплатно, за счет государства и системы ОМС, а какие он обязан оплачивать сам или через систему ДМС.

На соответствующий вопрос получены ответы, что за последний год медицинскую помощь из собственных средств оплачивали 83% гражданских лиц и только 13% опрошенных военнослужащих. Несмотря на широкий спектр медицинских услуг, предоставляемых за счет средств ФОМС, в гражданском здравоохранении большое количество людей прибегает к платным услугам. Причины такого выбора известны – это недоверие к официальной, «казенной» медицине, недовольство ее качеством [1].

Данная тенденция объясняла следующий вопрос: знают ли респонденты, какой объем медицинских услуг положен им бесплатно за счет ОМС согласно Программе государственных гарантий медицинской помощи на 2016 год. Результаты анализа показали, что только 25% гражданских лиц и 14,5% военнослужащих могут с уверенностью сказать, что полностью осведомлены в данном отношении.

Право на информированное согласие или отказ от медицинского вмешательства является одним из ключевых прав пациента, об этом знает большинство гражданских лиц (92%) и военнослужащих (84%). Интересно отметить, что 86% пациентов-военнослужащих знают о декларированных законом собственных обязанностях по поддержанию здоровья, в то же время среди гражданских пациентов об этом известно только 12%.

На вопрос: «какие действия вы имеете право совершать с медицинской документацией о своём здоровье» правильно ответили 63% опрошенных гражданских пациентов и только 49% военнослужащих.

Среди опрошенных врачей оказалось 67% мужчин и 33% женщин, все средние медицинские работники были представлены женщинами. Средний возраст врачей составил 48,4 года, средний возраст фельдшеров и медсестер - 49,2 года.

Самооценка знаний врачей и средних медработников на трех базах исследования была проведена по двум направлениям – правовая грамотность в области охраны здоровья граждан и в области трудового законодательства в здравоохранении.

При анализе самооценки уровня правовых знаний в области охраны здоровья граждан установлено, что 52,9% врачей оценили его как средний, 28,6% - как высокий, 18,5% - как низкий. В этом же вопросе 59,7% средних медицинских работников оценили свой уровень как средний, 19,6% - как высокий, 20,7% - как низкий, достоверных статистических различий между группами не установлено.

При сравнении самооценки уровня правовых знаний в области трудового законодательства в здравоохранении 57,3% врачей оценили его как средний, 17,9% - как высокий, 24,8% - как низкий. У средних медработников 55,2% оценили свой уровень как средний, 27,6% - как высокий, 17,2% - как низкий. В данном случае достоверных различий между группами также не установлено.

Самооценка не является объективной, поэтому следующим блоком анкеты было минитестирование, которое позволило объективно оценить и сравнить знания врачей и средних медицинских работников в области правового обеспечения охраны здоровья. Тесты представляли несложные вопросы на актуальные темы, которые регулярно встречаются в практике и освещаются на курсах повышения квалификации.

Объективная оценка правовых знаний группы врачей оказалась достоверно выше, чем у средних медработников. Средний балл врачей составил 4,25, а у их коллег – только 3,96. Следовательно, преподавание правовых основ охраны здоровья и обеспечения профессиональной медицинской деятельности на этих двух ступенях медицинского образования сильно отличаются, и правовую информированность врачу развивать легче. Отставание среднего медицинского персонала в правовой информированности не раз отмечалась и в других исследованиях [2, 3].

При оценке корреляционных связей была выявлена прямая сильная корреляция ( $R=0,81$ ) уровня квалификации врачей и медсестер (высшая и первая категории) с уровнем знаний, показанным при тестировании.

Далее респондентам был задан вопрос о ценности анкетирования пациентов как критерия качества медицинской помощи и соблюдения их законных прав. При анализе мнения врачей и средних медработников не разделялись. Только 25% медиков военного госпиталя признали, что необходимо регулярно проводить анкетирование пациентов с целью оценки качества медицинской помощи, в гражданских больницах об этом заявили 74% их проанкетированных коллег. В Программе государственных гарантий медицинской помощи на 2016 год не зря сказано, что удовлетворенность пациентов – один из важнейших индикаторов качества [4]. Тенденция характерна для организации медицинской помощи в Вооруженных Силах РФ, где на первом месте не требования пациентов (в том числе законные), а соблюдение Уставов, руководств, наставлений и выполнение приказов командования.

### **Выводы**

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости повышения правовой информированности населения в вопросах получения качественной медицинской помощи через организацию и развитие информационно-консультативной деятельности. Пациенты в большинстве своем не уверены в том, какие именно медицинские услуги предоставляются им бесплатно за счет средств ФОМС, не знают о своих правах на информацию о здоровье и болезни, о собственных обязанностях по поддержанию здоровья осведомлены только военнослужащие.

Медицинские работники в целом гораздо лучше пациентов осведомлены о правовых основах здравоохранения, но на деле их знания устаревают и не всегда отражают последние изменения законодательства, которое меняется быстрее, чем проходят курсы повышения квалификации. Большинство врачей, особенно в военной медицине, до сих пор придерживаются патерналистской, покровительственной модели общения с пациентами, считая ее оптимальной для оказания помощи.

Недостаточная правовая информированность населения повышает напряжение в отношениях граждан и работников здравоохранения. До сих пор многие пациенты считают продуцентами медицинских услуг врачей и медицинских сестер, хотя таковыми реально выступают медицинские организации. Пациенты – гражданские лица - привыкли получать платные услуги и не знают границ своих прав на оказание бесплатной медицинской помощи согласно Программе госгарантий. Вместо этого они считают, что врачи «во всем виноваты» и «должны делать все бесплатно».

Именно поэтому необходимо и далее проводить среди граждан Российской Федерации общественно-просветительскую работу в этой области – как в официальных структурах,

медицинских учреждениях, так и силами общественных организаций. Своевременную информированность медицинских работников о последних изменениях в нормативном обеспечении профессиональной деятельности должна обеспечить развивающаяся ныне система непрерывного медицинского образования.

#### Список литературы

1. Ходакова, О. В. Значение уровня правовой грамотности населения в системе управления качеством медицинской помощи // О.В. Ходакова, Н.Ф. Шильникова / Сибирский медицинский журнал, 2013. – Т.120. - №5. – С.144-147.
2. Холопов, А.А. Правовые аспекты профессиональной деятельности сестринского персонала. Причинение смерти по неосторожности // А.А. Холопов, Ю.И. Павлов, А.Ю. Власов / Главная медицинская сестра, 2015. - №2. – С.33-42.
3. Холопов, А.А. Правовые аспекты профессиональной деятельности сестринского персонала. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности // А.А. Холопов, Ю.И. Павлов, А.Ю. Власов / Главная медицинская сестра, 2016. - №1. – С. 39-44.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

---

Холопов Александр Александрович - доцент кафедры сестринского дела и ухода за больными, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, тел +79128939940, e-mail: hollow@74.ru

## РЕВОЛЮЦИЯ 1917 Г. И МЕДИЦИНСКАЯ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ УРАЛА

**Шапошников Г.Н.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра истории, экономики, права,  
г. Екатеринбург*

В статье анализируется положение в здравоохранении Урала в 1917 – начале 1918 гг., сделан вывод, что в это время региональная система оказания медицинской помощи переживала системный кризис. На примере полемики между представителями уральских советов и врачами на первом областном съезде Урала по здравоохранению, отражены сложные взаимоотношения медиков и новой властью. Авторы отмечают положительное значение съезда, поскольку были разработаны первые программы охраны здоровья населения в регионе, но добиться консолидации медицинской интеллигенции на платформе советской власти в это время делегаты областного форума не смогли.

**Ключевые слова:** врачи, медицина, революция, советская власть, идейно политический раскол в среде медицинской интеллигенции, региональная система здравоохранения.

## The revolution of 1917 and Ural`s medical community

**Shaposhnikov G. N.**

*Ural state medical university, Yekaterinburg*

The article analyzes the situation in health care Urals in 1917 – early 1918 concluded that at this time a regional system of medical care experienced a systemic crisis. For example, the debate between representatives of the Ural Soviets and the doctors at the first regional Congress of Ural health reflects complex relationships of physicians and the new government. The authors note a positive value of the Congress, as he developed the first program of protection of population health in the region, but to achieve the consolidation of the medical intelligentsia on the platform of the Soviet government at this time delegates to the regional forum are unable

**Keywords:** doctors, medicine, revolution, Soviet power, ideological and political split among the medical intelligentsia, regional health care system.

В современной историографии нет единого мнения об участии медицинской интеллигенции в «русской смуте». В большинстве работ историков медицины утвердилось мнение, что в ходе Октябрьской революции врачи поддержали все мероприятия большевиков. При этом, особо подчеркивалась роль В.И. Ленина, первого наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко в строительстве новой советской системы

здравоохранения и привлечении медицинских сил на сторону новой власти [1 – 3]. Данная тенденция – уделять внимание только достижениям, характерна и для уральских исследований, как для обобщающих трудов, так и для статей, посвященным отдельным событиям истории медицины края [4].

### **Цель работы**

Автор пытается раскрыть процессы политической дифференциации в медицинской среде в ходе революции 1917 г. и первых месяцев советской власти. На примере состояния уральского здравоохранения и полемики между представителями уральских советов и врачами на первом областном съезде Урала по здравоохранению, показать негативное отношение местных властей к медицинской общественности, и на основе этого объяснить, почему большинство врачей края в ходе гражданской войны поддержали белые правительства.

### **Материалы и методы исследования**

Для исследования заявленной темы использованы методы исторической ретроспекции и идеографии, которые позволяют раскрыть не только фактологическую канву событий, но дать характеристику состояния регионального здравоохранения того времени. К сожалению, авторы не могут в полной мере использовать статистический метод, поскольку статистические данные уральского здравоохранения за 1917 – 1920 гг. весьма скудны и отрывочны.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В начале XX в. отечественное здравоохранение развивалось поступательно, но темпы его развития явно отставали от общественных потребностей. В 1910 г. в стране работало около 100 тыс. медицинских работников, в 1913 г. в стране насчитывалось 9 тыс. лечебных заведений разного ведомственного подчинения, с общим фондом в 207 тыс. коек, всего по 1,3 койки на 1000 жителей [5]. На такую огромную страну, как Российская империя, это было очень мало, и качественной медицинской помощью могли воспользоваться только состоятельные слои населения, в основном горожане.

Положение усугублялось и тем, что здравоохранение России представляло собой раздробленную систему без какого-либо единого управления. Отдельно существовала ведомственная медицина при министерствах (военном, путей сообщения, внутренних дел и др.), отдельно – земская, городская государственная и частная, фабричная, горнозаводская и другие виды медицины.

Медики России составляли важнейшую часть отечественной интеллигенции и уже в XIX в. в их среде наметились тенденции к консолидации. В России существовали различные

общественные объединения врачей, которые играли активную роль в общественной жизни страны. Так, к 1917 г. в России действовало более 120 добровольных обществ врачей. В работе этих обществ принимало участие более половины всех работавших в Российской империи медиков. Наиболее заметную роль в медицинском сообществе играло Пироговское общество, которое за годы своего существования превратилось в главную врачебную организацию страны и пользовалось большим авторитетом у врачей [6].

Медики положительно встретили февральско-мартовские события и приветствовали свержение самодержавия. На первом этапе революции (февраль – июнь 1917 г.) в их среде преобладали либеральные настроения и вера в демократическое обновление страны и всей системы здравоохранения. Руководство Пироговского общества, Главного военно-санитарного управления, Российское общество Красного Креста, медицинских органов Земского и Городского союзов и другие медицинские организации поддержали Временное правительство и активно сотрудничали с революционными властями. Их представители вошли в состав Центрального врачебно-санитарного совета (ЦВСС), работавшего при Временном правительстве [7].

Уже летом 1917 г. революционный оптимизм и вера в либеральные правительства среди врачей заметно упали. На первое место стали выходить усталость от революционного развала, социальной неустроенности, неспособности двух временных правительств решить элементарные проблемы сохранения здоровья нации. События весны – лета 1917 г. отражали непрерывный кризис либерализма в России. Хорошие либеральные политики оказались плохими хозяйственниками. Население получило свободу, а вместе с ней анархию, голод, бандитизм, развал страны. В результате в среде медиков усилилось стремление к порядку и общественной стабильности.

Это наглядно показал Всероссийский съезд врачей, который проходил в Москве, в августе 1917 г. Собравшие единогласно заявили о необходимости введения военной диктатуры в стране - отметила одна из резолюций этого съезда, поскольку связь между партийными доктринами и стремлениями масс породила острый психоз. Делегаты съезда приветствовали выступление генерала Л.Г. Корнилова. Осенью 1917 г. среди медицинской общественности возобладала политическая апатия и усталость.

В ходе политической борьбы в октябре 1917 г. к власти пришли большевики. Новая власть, выдвинула большую программу преобразований, которую они определили, как социалистическую. В качестве одной из первоочередных задач большевики провозгласили и охрану здоровья трудящихся. Для ее воплощения партийное руководство планировало провести широкие реформы здравоохранения. Для осуществления этой

программы, в июне 1918 г. был создан наркомат здравоохранения РСФСР во главе с Н.А. Семашко. Новому наркомату еще предстояло завоевать доверие врачебного сообщества, побороть сопротивление ведомств, выстроить государственное здравоохранение.

Работа нового наркомата, помимо всего прочего, затруднялась и тем, что в медицинской среде страны в последние месяцы 1917 – начале 1918 гг. наблюдался социальный раскол. Октябрьские события и приход большевиков к власти встретили почти полное неприятие со стороны большинства представителей российского врачебного сообщества. Многие врачи поддержали новую власть, большинство - приход большевиков к власти встретили с большими сомнениями. Недоверие к ней заметно возросло после разгона Учредительного собрания. В январе 1918 г. руководство многих медицинских организаций России и врачи в провинциях открыто высказали отрицательную позицию по отношению к Советам.

В первую очередь это был медперсонал Главного управления Российского общества Красного Креста, медицинских органов Земского и Городского союзов, Главного и Окружного военно-санитарных управлений, а также Пироговское общество врачей и др. центральных организаций, которые пользовались авторитетом у медицинского персонала [1]. В марте 1918 г. на чрезвычайном съезде Пироговского общества в Москве прозвучали призывы к организации профессиональных объединений и забастовок против советской власти. Вскоре был создан Всероссийский союз профессиональных объединений врачей, который поддержал призывы чрезвычайного Пироговского съезда [8].

В противовес этим действиям, часть медицинских работников организовала свой профессиональный союз, стоящий на платформе советской власти, и призвала медицинскую интеллигенцию к бойкоту пироговцев и поддержке Советской власти [9]. Большевики жестоко разделивались с «саботажниками», вплоть до арестов и расстрелов «контрреволюционеров». Тем не менее, весной 1918 г. социальный раскол и политическая поляризация в среде медицинской общественности заметно усилился, а общая ситуация в медицине оставалась крайне тяжелой. Оценивая ситуацию в это время, можно с уверенностью говорить о системном кризисе в отечественном здравоохранении.

Как врачи Урала отнеслись к приходу большевиков к власти и их первым преобразованиям в области охраны здоровья?

В начале XX в. территория Урала включала 4 губернии – Пермской, Вятской, Оренбургской, Уфимской, 39 городов, в т. ч. 4 губернских и 35 уездных. Население старейшего промышленного региона составляло 9,9 млн. чел. [10]. В 1917 г. на Урале было создано новое административное образование – Уральская область, в январе 1918 г.

был избран ее Облисполком, началось формирование местных комиссариатов (труда, транспорта, юстиции, просвещения, военного и др.). В марте 1918г. в Екатеринбурге был образован областной комиссариат здравоохранения, который возглавил доктор Н. А. Сокович, его заместителем (товарищем комиссара здравоохранения) стал Хирин. Отметим, что в это время в огромном крае работали и проживали не более трех сотен врачей.

С первых дней существования сотрудники органов здравоохранения пытались организовать и наладить работу медико-санитарных служб региона, но положение в медицине Урала продолжало оставаться крайне тяжелым. Также, как и по всей стране, медицинская помощь населению дореволюционного Урала оказывалась распределена по «отраслевому» принципу. В крае действовали земская, городская, фабрично-заводская, страховая, военная, монастырская и другая медицина, отделения Российского Красного Креста. Каждая из них имела свой штат, собственные больницы и амбулатории. Уже в годы мировой войны большинство медиков Урала было призвано в армию, в крае наблюдались локальные эпидемии.

В ходе революции 1917 г. государственные органы, ведомства и земства не могли содержать больницы и из-за отсутствия средств, и на Урале стали закрываться лечебные учреждения (в том числе и фельдшерские пункты). На протяжении всего года через территории уральских губерний осуществлялись масштабные миграционные и переселенческие потоки, возвращались солдаты с фронта. Это стало одной из причин массового распространения разного рода заболеваний, прежде всего, эпидемических. Положение усугублялось острой нехваткой медперсонала, особенно врачей специалистов. Так, в 1917 – нач. 1918 гг. на весь Южный Урал приходилось всего 38 врачей. В Башкирии насчитывалось 7 врачей, 2 стоматолога, 87 фельдшеров [11]. В Пермской и Екатеринбургской губерниях работало около сотни медиков.

Деятельность органов здравоохранения началась с национализации лечебных заведений и ликвидации ведомственной медицины. В феврале – марте 1918 г. на Урале были распущены городские думы и земства, вопросами здравоохранения стали заниматься местные советы, при которых были созданы медико санитарные отделы или коллегии здравоохранения. Этим губернским и уездным органам были переданы все лечебные учреждения земств, городов, общества Красного Креста, и других ведомственных и общественных организаций. Общее руководство ими осуществлял Уральский комиссариат здравоохранения. С первых шагов он пошел по пути предоставления бесплатной медицинской помощи для беднейших слоев населения.

Весной 1918 г. был издан соответствующий декрет [12]. Но для реального осуществления этого декрета у местной власти не было соответствующих средств, материальных, кадровых ресурсов. Можно сказать, что это был самый сложный период во всей истории уральской медицины.

Положение с охраной здоровья уральцев, эпидемическая обстановка в крае оставались просто катастрофическими. Весной 1918 г. в Вятской губернии свирепствовал тиф, а губернский отдел здравоохранения об этом не подозревал, т.к. связи между Вяткой и уездами не было. В губернии закрывались больницы из-за отсутствия средств. Прежде всего, ликвидировались психиатрические отделения, больных возвращали по домам [13]. Тоже наблюдалось в Екатеринбургском уезде. В марте 1918 г. в нем было упразднено земство, с апреля действовала коллегия здравоохранения, но не было средств, кадров для содержания лечебных заведений. Так же, как и в Вятке, не было экстренной связи Екатеринбурга с уездами, и Екатеринбургский губернский комиссар узнал об свирепствующей эпидемии сыпного тифа случайно, от приехавшего в город фельдшера. В Красноуфимском уезде весной 1918 г. была создана медицинская коллегия при местном совете, но из-за отсутствия медикаментов, реальной медпомощи врачи оказать не могли. Половина населения уезда болела чесоткой.

Весной 1918 г. проходила демобилизация старой армии, и на Урал стали возвращаться фронтовики, они завезли эпидемии туберкулеза, тифа, венерических заболеваний. Как отмечали документы тех лет, массовое распространение сифилиса идет от солдат, прибывающих с фронта, но остановить эту эпидемию невозможно, т.к. медикаментов, кадров, финансов для этого в наличие не имеется. В это время сифилис и алкоголизм превратились в социальную, общегосударственную проблему, на Урале целые деревни и заводские поселки оказались инфицированы кожно-венерологическими заболеваниями. Врачи предлагали создавать особые бараки для больных сифилисом, вводить карантин для холерных и тифозных больных, создавать эпидемические отряды, но средств для этого не было. Такое положение было повсеместно, и на первом месте в уральских уездах в оказании медицинской помощи вышли народное врачевание и знахарство [14].

Экономические проблемы регионального здравоохранения дополнялись социальными и политическими. Как и в стране, на Урале уже в первые месяцы существования советской власти выявился идейный и политический раскол медицинского персонала. Одна из первых исследователей истории медицины Урала, В. Т. Селезнева, отметила, что после революции (имеется в виду Октябрьская революция 1917 г.) становление здравоохранения на Урале проходило в сложной и своеобразной обстановке, но все

медицинские работники Пермской губернии продолжали работать на своих местах, случаев саботажа не наблюдалось [15]. Это утверждение, на наш взгляд, нуждается в определенной коррекции. К примеру, в Чердыни был арестован заведующий больницей Ю. В. Витман за то, что призывал к вооруженному выступлению против Красной гвардии [16]. В 1918 г. был задержан, как заложник, уважаемый на Урале врач, А. И. Смородинцев, проработавший в Багаряке около 30 лет, который в скором времени был расстрелян без применения к нему судебного обвинения [17].

На сотрудничество с новой властью, безусловно, пошла определенная группа медиков края, особенно фельдшеров. Многие из них были убежденными большевиками, другие увидели новые возможности социальных лифтов и карьеры. По подсчетам М. Я. Подлужной и Л. Я. Оберга активной революционной деятельностью в регионе в 1900 – 1922 гг. занималось не более двух десятков врачей и фельдшеров (среди активных революционеров левого толка можно назвать И. В. Белостокского, А. Н. Маркову, О. И. Сомова, В. И. Величкина, В. С. Серебрянников и др.). Они участвовали в борьбе против царизма в еще годы первой русской революции. В 1917 г. они состояли в рядах эсеровской и большевистской партиях, и сразу получили высокие посты в советской системе регионального здравоохранения [18].

При этом, многие врачи и медицинские специалисты весьма сдержанно, если не враждебно, отнеслись к советской власти. В результате, большинство медиков края заняли выжидательную политику по отношению к Советам, придерживаясь принципа, что «медицина вне политики».

Одним из первых начинаний Уральского областного комиссариата здравоохранения было привлечение медицинского персонала на сторону советской власти. для этого была сделана попытка собрать областной съезд медицинских работников в Екатеринбурге уже в марте 1918 г. На нем предполагалось довести социальные и медицинские программы советской власти до широкой аудитории, привлечь основную массу медицинских работников к активному участию в строительстве советской власти. Эта попытка не удалась, на съезд прибыл только один депутат от Ирбита, другие медики игнорировали призывы новой власти [19].

Недоверие врачей к новой власти определялось и тем, что в конце 1917 – зимние и весенние месяцы 1918 гг. советская власть только утверждалась в регионах и реально оказать какую-либо помощь в лечение или наладить эту работу в лечебно-санитарных учреждениях, она не могла. Пожалуй, единственными действенными методами изыскания средств для содержания больниц, стали чрезвычайные налоги на эксплуататорские

элементы и введение трудовой повинности для медиков. Эти меры вызвали негативное отношение в среде медицинского персонала. Коллективы больниц сосредоточили все усилия на элементарном выживании. Это наглядно отражают протоколы заседаний уездных собраний медперсонала. Так, на заседании врачебно-медицинского съезда Верхоурского уезда 14 марта 1918 г. отмечалось, что по решению большинства делегатов, политический момент на съезде не вообще рассматривать, весь медицинский персонал обязан нести обычную работу и стоять вне политики. Главными вопросам считать оспопрививание и выработку срочных мер по обеспечению больниц уезда медикаментами и перевязочными материалами, в противном случае, все лечебные учреждения Верхотурского уезда придется закрыть [20].

Уральские коммунисты, эсеры и левые политики края также не доверяли врачам. Следует учесть, что в период социальных трансформаций особое значение приобретают обостренные классовые и культурные противоречия, обе стороны социального конфликта живут по правилу: «Кто не с нами, тот против нас». От врачей требовали открытой поддержки и всех начинаний новой власти. Так, в Камышловском уезде медицинский персонал не поддержал ни одного призыва местного комиссара здравоохранения, бывшего учителя Полузадова. При этом, медики без каких-либо призывов организовали противотифозный отряд, поскольку в уезде появились тифозные больные. Поскольку врачи действовали самостоятельно, Полузадов обвинил их в саботаже и срыве мероприятий советской власти [21].

Принцип «медицина вне политики» трактовался большевиками, как саботаж и враждебное отношение к новой власти. Новые советские руководители не доверяли врачам еще и потому, что считали их представителями интеллигенции. По классовым понятиям того времени, интеллигенция – враг диктатуры пролетариата и крестьянства. Это взаимное недоверие выпукло проявилось на Первом областном съезде врачей, который проходил в Екатеринбурге 15 – 26 мая 1918 г.

На него приехал 131 делегат со всего Урала. По профессиональному составу делегаты составляли: 49 врачей, 7 стоматологов, 29 фельдшеров, 11 фармацевтов, 1 сестра милосердия. Остальные были рабочие, крестьяне, служащие советских органов и лица неопределенных профессий. Съезд предполагал обсудить проблемы регионального здравоохранения, разобраться в эпидемической обстановке, наметить программу развития медико-санитарного обеспечения населения, определить источники финансирования уральской медицины. Одной из ведущих задач съезда оставалось привлечение на сторону советской власти медицинских работников.

Пестрый политический и профессиональный состав делегатов, явное недоверие советских работников к медицинской интеллигенции, способствовали некоторым дискриминационным мерам по отношению к врачам. По решению мандатной комиссии, они получили право только совещательного голоса, тогда как советские управленцы, члены коллегий, представители советов – имели право решающие голоса (из 131 делегата право решающего голоса имели только 86).

Первым докладом в повестке стал вопрос о политическом моменте, который зачитал товарищ (т.е. помощник) областного комиссара здравоохранения, Хири́н. В нем докладчик обрушился на интеллигенцию, которая, якобы, игнорирует все мероприятия советской власти и обвинил врачей региона в саботаже. До революции медицина служила эксплуататорским классам и буржуазии, – отметил докладчик, – но медицина не аполитична, врачи должны активно участвовать в новом, социалистическом строительстве и задача съезда привлечь врачей на службу пролетариату и крестьянству. Для этого рабочие и крестьяне все вопросы здравоохранения взять в свои руки, подобно тому, как они взяли власть политическую [22]. Эти положения дополнил в своем содокладе областной комиссар здравоохранения, доктор Н. Сокович, который заявил, что областной комиссариат здравоохранения находится в тяжелейшем положении, причем главная причина этого – саботаж и враждебное отношение врачей к советской власти.

Такие оценки и огульные обвинения по отношению к врачам были поддержаны большинством присутствующих делегатов и вызвали долгую и бурную дискуссию. Делегаты врачи не согласились с мнением руководителей съезда и говорили, что саботажа врачей нет, съезд не должен акцентировать внимание на политических моментах. Собравшиеся должны перейти к обсуждению важных проблем уральского здравоохранения. Врачи должны выполнять свой профессиональный долг при любой власти. Представители земской медицины заявили, что они всегда служили народу [23]. Эти заявления вызвали гневную отповедь большинства делегатов. Они обвиняли врачей в саботаже, поскольку врачи – интеллигенция, а последней не по пути с советской властью, их позиция аполитичности есть скрытый саботаж. По мнению части делегатов, врачи жили в городах, поэтому они не могли лечить народ, а только буржуазию. Пролетарского доверия к ним нет. Они должны быть привлечены к работе в порядке трудовой повинности и под контролем пролетарских масс [24].

В прениях по докладу о политическом моменте победили представители советов. Они потребовали, что бы в резолюции съезда было записано, что интеллигенция сохраняет отрицательное отношение к советской власти, большинство врачей не пошла на службу к

советам добровольно, врачи должны быть привлечены к работе не основе трудовой повинности. Особо в документе подчеркивалось, что в первую очередь должны быть удовлетворены медицинские потребности только рабочих и крестьян [25].

Такая оценка деятельности медиков вызывала отрицательную реакцию многих делегатов, особенно врачей. Последние организовали свою секцию и выдвинули требования предоставить им право решающего голоса, наравне с делегатами от советских организаций. На третий день работы съезда с особым заявлением выступил врач Диц, который возглавил врачебную секцию. Он отметил, что врачи считают себя полноправными участниками съезда и готовы работать на пользу населения. В докладах руководителей съезда содержались грубые нападки на врачей, а в прениях – резкие выпады против врачебной корпорации. В интересах населения – говорил Диц – необходим контакт и сотрудничество врачей с советской властью, и врачи могут помочь новым властям своим знанием и опытом, они должны лечить все население, а не только рабочих и крестьян. К сожалению, два дня работы съезда - продолжил докладчик, - создали атмосферу злобных наветов, резолюции съезда будут возбуждать население против врачей. Для нормальной работы съезда необходимо отказаться от оскорблений, - отметил Диц, - необходимо начать обсуждение главных проблем охраны здоровья населения.

Это разумное предложение было отклонено. По настоянию большинства делегатов, врачи были лишены права решающего голоса. В ответ, врачи приняли решение покинуть съезд. После этого ультиматума, делегаты обвинили врачей в саботаже и оскорблении советской власти, председатель Н.А. Сокович предложил арестовать Дица и всех, кто уйдет со съезда, закрыть профсоюз врачей в г. Екатеринбурге [26]. Вспыхнувшая полемика и взаимные обвинения продолжались еще день, часть делегатов обвинила руководство съезда в полицейском давлении на присутствующих и покинула съезд. В результате компромисса 29 врачей получили право решающего голоса и съезд, наконец, приступил к обсуждению деловых вопросов. Накал политических пристрастий был таковым, что на решение политических вопросов потребовалось три из 10 рабочих дней съезда.

Одним из важных вопросов, обсуждавшийся на съезде был вопрос об амбулаторном лечебном деле. Больницы закрывались из-за недостатка средств, полного отсутствия кадров и медикаментов. Было принято решение, что земские больницы надо сохранять при любых условия. Медикаменты должны доставляться по железным дорогам, как сверхсрочный груз [27].

Самой острой проблемой была признана борьба с эпидемиями. Было отмечено, что эпидемии – бич региона, они распространяются быстро и, если не принять срочных мер, то целые уезды будут поражены инфекционными заболеваниями. Среди таких мер были рекомендованы: создание эпидемических отрядов по образцу фронтовых, организация венерологических, тифозных барачков и карантинных. Эти изоляторы должны быть организованы комиссарами местных советов т.к. у больниц для этого нет средств. Первоначальной мерой посчитали срочное определение очагов инфекций в области, и налаживание постоянной связи между уездами и областным центром, поскольку эпидемии распространяются очень быстро. Все средства, выделяемые органами здравоохранения должны идти, в первую очередь, на борьбу с эпидемиями, а во вторую – на оплату медперсонала и содержание больниц [28].

По вопросам организации новой системы здравоохранения и регионального управления лечебными учреждениями, все делегаты были едины: необходимо срочное объединение всех видов лечебных заведений под единое начало и создание единой системы региональной системы здравоохранения. Для этого, при областном и губернских советах необходимо создать коллегии здравоохранения, которые должны возглавить фельдшера и представители рабочих и крестьян. Помимо коллегий во всех губерниях и уездах должны работать комиссариаты здравоохранения во главе с комиссаром, который входил в состав исполкома совета данной местности. Комиссариаты и коллегии образовывали отделы здравоохранения всех уровней от области до волости. Дискуссии разгорелись по вопросу о национализации частных больниц и зубоврачебных кабинетов. В результате решили провести их срочную национализацию и ввести их в систему единого регионального здравоохранения [29]

В заключительном слове, которое сделали председатель съезда Н.А. Сокович и его заместитель Лазорин, отмечалось, что несмотря на жесткую полемику, все вопросы были разрешены. При этом, областное руководство утвердилось во мнении, что врачи остались противниками советской власти. Это мнение высказал председатель съезда Н.А. Сокович, который заявил, что противники советской власти под лозунгом аполитичности пытались захватить съезд, но им был дан отпор, и сейчас необходимо удовлетворить самые насущные элементы по охране здоровья рабочих и крестьян. Именно рабочие и крестьяне, а не буржуазия, закончат детальную проработку всех медицинских вопросов [30].

В целом, съезд имел определенное значение для развития регионального здравоохранения. Делегаты подтвердили курс на централизацию всего лечебного дела.

Исходя из местных возможностей, были предложены конкретные меры по борьбе с эпидемиями, подготовке медицинских кадров, обсуждены конкретные программы развития больниц и курортного лечения на в крае, обсужден проект устава профсоюза врачей.

### **Выводы**

Региональные исследователи истории здравоохранения в первые годы советской власти явно преувеличивали значение областного съезда [31, 32]. В 1917 – 1918 гг. уральское здравоохранение, как и медицина всей страны, находилось в глубоком системном кризисе, одним из его проявлений оставалось недоверие врачей к новой власти. Советская историография явно переоценила решения съезда. Для претворения их в жизнь региональные власти не имели соответствующих финансов, материального обеспечения, кадров. Решения съезда остались декларативными и потому, что, через несколько дней после его окончания, на Урале вспыхнула крупномасштабная гражданская война. Полемика, развернувшаяся на съезде, высветила ряд социокультурных противоречий российской действительности конца XIX - начала XX вв. В начале XX в. эти противоречия носили латентный, скрытый характер, но наглядно проявились в ходе революции 1917 г., когда на политическую арену вышел «человек с ружьем». Недоверие советских управленцев к врачам и обвинения их в саботаже отражали глубокий разрыв между народом и интеллигенцией в России того времени. В огульных обвинениях земской медицинской общественности в том, что они не лечили народ, а только буржуазию – проявилось глубинное противоречие между городским и сельским населением России, а также низкая политическая культура новой власти. Наконец, полемика, развернувшаяся на съезде, показала, что советские власти в 1917 – 1923 гг. в вопросах медицины руководствовались принципом классового подхода. Такое видение общественной роли здравоохранения активно проводили в жизнь и центральные органы (руководство страны, работники НКЗ РСФСР) и местные, региональные власти. На примере работы уральского областного съезда очевидно, что идея предоставления медицинских услуг только трудовому народу шла от регионов, еще до образования НКЗ.

Такое понимание медицины полностью порывало с гуманистическими принципами и профессиональной моралью дореволюционной отечественной медицины. Клятва Гиппократа, которой руководствовались русские врачи, требовала оказания помощи всем пациентам, независимо от их социального, национального или конфессионального положения. Недоверие советской власти к медицинской общественности, неспособность привлечь медиков к работе в новых условиях, многочисленные угрозы в их адрес привели

к тому, что большинство уральских врачей на первом этапе гражданской войны оказалось на стороне антибольшевистских правительств.

Список литературы

1. Чазов Е.И., Блохин Н.Н., Лидов И.П. 70 лет Советского здравоохранения (1917 – 1987). – М.: Медицина, 1987.
2. Сорокина Т.С. История медицины. М: Медицина, 2009:
3. 50 лет советского здравоохранения. 1917 – 1967. М.: Медицина, 1967.
4. Становление государственной системы здравоохранения на Среднем Урале. К 90-летию уральского комиссариата здравоохранения и 10-летию министерства здравоохранения Свердловской области. 1918 – 2008. Екатеринбург, 2008. – 76 с.
5. История здравоохранения дореволюционной России (конец XIX – начало XX вв.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева и др.: под ред. Р. У. Хабриева. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2014. – С. 205 – 206.
6. Чрезвычайный пироговский съезд // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://istprof.ru/2374.html> (Дата обращения от 19.08.2017).
7. Степанов Д. Трудный путь советской медицины // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://rossaprimavera.ru/article/trudnyu-put-sovetskoj-mediciny> (Дата обращения от 16.07.2017).
8. Виноградов Н.А. Здравоохранение в период подготовки и проведения Великой Октябрьской социалистической революции. М.: Медицина, 1954. С. 21.
9. Русаков И.В. Союз медицинского персонала на платформе признания власти Советов. // Известия советской медицины, 1918. № 1.
10. История Урала с древнейших времен до наших дней. Екатеринбург. «ИД Сократ», 2004. - 496 с. С.258.
11. Кулагина А.А., Становление советского здравоохранения в Башкирии 1917 – 1941 гг. Краткий исторический очерк. Госполитиздат. Баш. АССР, Уфа, 1990. – 64 с. С. 11.
12. Государственный архив Свердловской области. Ф. 64. Оп. 1. Д. 7. Л. 5.
13. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 15.
14. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 22 – 23.
15. Селезнева В. Т. Очерки истории медицины Пермской губернии. ПГМА, Пермь. 1997.- с. 124. С. 75 – 76.
16. Коллекция документов фонда Документографической информационно-поисковой системы Свердловского областного музея истории медицины (ДИПС СОМИМ) (инв. № 1781).
17. Государственный архив Свердловской области. Ф. 829. Оп.1. Д. 22. Л. 170.

18. Подлужная М.Я., Оберг Л.Я. Участие медиков в революционном движении и становлении советского здравоохранения в Пермской области. Пермь, 1977. С. 12
19. Г. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 7.
20. Протокол заседания врачебно-медицинского съезда Верхотурского уезда 14 марта 1918 г. С. 1
21. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 20.
22. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 3.
23. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 3 об.
24. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 4.
25. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 10.
26. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 13.
27. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 25, 27.
28. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 34 – 35.
29. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 39.
30. Государственный архив Свердловской области. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 50 – 51.
31. Первейшая задача съезда осуществлена полностью // Медицина и здоровье. 2008, № 6, (26).
32. Гудошников Ф.Ф., Новоселов Р.С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале. // Советское здравоохранение. 1968. № 1, и др.

---

Шапошников Геннадий Николаевич – д.ист.н., доцент, заведующий кафедрой истории, экономики и правопедения  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский  
государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
истории, экономики и правопедения, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, тел.+7(343)214-85-38, e-mail:  
history@usma.ru