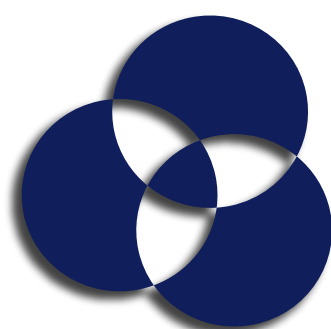


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

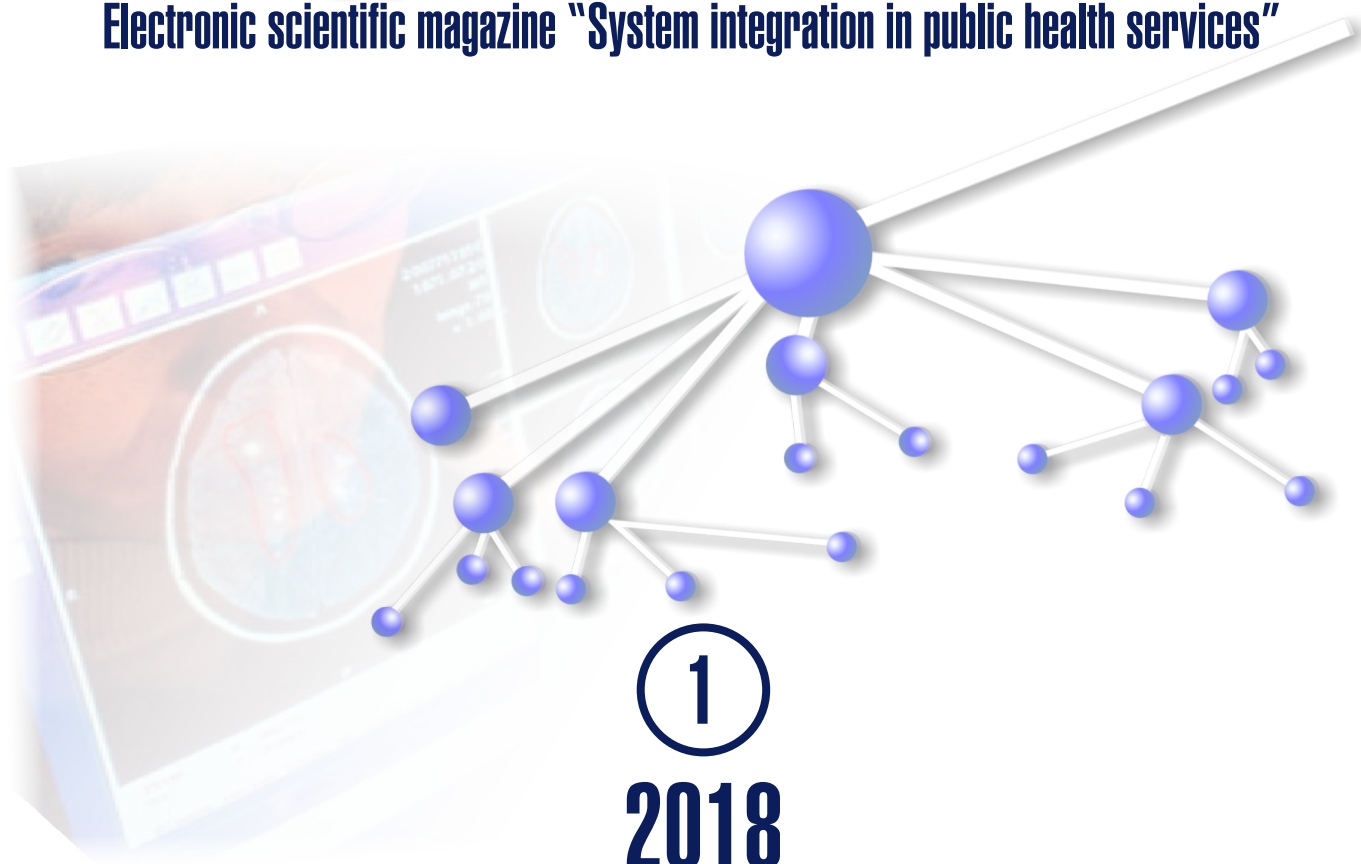
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

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

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

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

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

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2018



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

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

№ 1 (38) 2018

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 читатели!

Системная интеграция в здравоохранении нашла развитие в таком научном направлении как трансляционная медицина. Реализация ее идей предполагает тесное взаимодействие медицинской практики и фундаментальных наук: математики, физики, химии и биологии и др. для решения конкретных клинических задач. Если раньше трансляционная медицина применялась только в адрес лечебно-диагностических процессов,

то в настоящее время выдвигаются и обосновываются гипотезы о полезности применения ее основных принципов и в организации здравоохранения.

Наш электронный журнал, «Системная интеграция в здравоохранении», призывает к объединению интеллектуальных ресурсов всех заинтересованных авторов с целью проведения совместных исследований и публикаций в этом, без сомнения, новом и перспективном направлении, открывающем множество тем для теоретических и практических научных работ.

При этом можно поставить вопрос и провести исследование о полезности трансляции готовых решений из, например, физики, не только для решения сложных медицинских, но и социальных, психологических и педагогических задач. В этом плане большое значение имеет совместная научно-исследовательская работа с участием студентов бакалавриата и магистратуры кафедры технической физики УрФУ. Приглашаем к сотрудничеству исследователей и консультантов и из других ВУЗов.

Развитие нового направления показало свою эффективность как в клинических дисциплинах, так и в организации здравоохранения для обоснования совершенствований имеющихся технологий и внедрения новых, что в целом, конечно же, направлено на улучшение качества жизни наших пациентов.

*Врач-эпидемиолог (аналитик),
руководитель кабинета катамнеза МКМЦ «Бонум», д.м.н., действ. член РАЕН
Елена Михайловна Грицюк*

ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Грицюк Е.М., Гольдштейн С.Л., Кудрявцев А.Г., Ходенева М.А.
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ ПЛАНОВОЙ РАБОТЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДДЕРЖКИ.....5

Рудаков А.В., Елькин И.О., Грицюк Е.М.
СИСТЕМА ПАРИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ УПРАВЛЕНИЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТЬЮ У ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ.....18

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Попова О.Е., Чевтаева Н.Г.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ.....30

Сиденкова А.П., Сердюк О.В.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ.....35

Степаненко Д.Г., Давыдов О.Д.
ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....42

Утемова О.Л., Блохина С.И., Алферова М.А.
РАЗВИТИЕ КОМПЛЕМЕНТАРНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ВРОЖДЕННОГО ДЕФЕКТА ВНЕШНОСТИ КАК НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ.....48

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Казакова Л.А., Набойченко Е.С.
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬЮ ВПФ.....56

Рудаков А.В., Елькин И.О.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР Г. ЕКАТЕРИНБУРГА.....62

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ ПЛАНОВОЙ РАБОТЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Грицюк Е.М. ¹, Гольдштейн С.Л.², Кудрявцев А.Г. ², Ходенева М.А. ²

¹ ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г.Екатеринбург,

² ФГАОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

Проведен анализ ситуации прерывания плановой работы специалиста при поступлении дополнительной входящей информации в виде спонтанного текстового сообщения. По результатам анализа составлена иерархическая модель основных понятий с выходом на расчет параметров для количественной оценки трудоемкости при отсутствии и наличии компьютерной поддержки. Сформулированы гипотезы о предполагаемых решениях и представлен иерархически упорядоченный пакет формулировок задач для реализации этих решений. Приведен пример в интересах медицины.

Ключевые слова: служебная ситуация, прерывание плановой работы, дополнительная входящая информация, спонтанное текстовое сообщение, моделирование, компьютерный помощник, экономия времени специалиста, оценка значимости.

Analysis of the situation of interruption of planned work, upon receipt of additional information, the role of computer support

Gritsyuk E.M. ¹, Goldshtein S.L.², Kudryavtsev A.G.², Khodeneva M.A.²

¹ State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM» Ekaterinburg, Russia,

² Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

The analysis of the situation of interruption of the planned work of the specialist in the receipt of additional incoming information in the form of a spontaneous text message. Based on the results of the analysis, a hierarchical model of the basic concepts with the output to the calculation of parameters for the quantitative assessment of labor intensity in the absence and the presence of computer support. Hypotheses about the proposed solutions are formulated and a hierarchically ordered set of problem formulations for the implementation of these solutions is presented. An example in the interests of medicine is given.

Keywords: service situation, interruption of planned work, additional incoming information, spontaneous text message, modeling, computer assistant, saving specialist time, significance assessment.

Введение

Проблематика прерываний (interruption) относится к разным сферам функционирования субъектов и объектов [1]. Наиболее полно представлены формализованные описания прерываний в компьютерных технологиях [2, 3]. На наш взгляд этой наработки могут быть основой для анализа и других подобных ситуаций.

В статье изложен подход к постановке задачи компьютерной поддержки анализа служебной ситуации прерывания планового задания специалиста спонтанным текстовым сообщением.

Предпосылки

Прежде всего, рассмотрели коллекцию определений. Ситуация – совокупность условий и обстоятельств [4], порождающая множество событий [5]. Конфликтная ситуация – борьба противоположностей [4]: цели и ресурсов. Прерывание – сигнал о наступлении какого-либо события, требующего немедленного внимания [6]; изменение естественного порядка действия, связанное с необходимостью реакции и организуемое обработчиком прерывания [7]. Событие – явление или деятельность в пространстве-времени [8], с изменением состояния мира. Анализ и разрешение ситуации – вид деятельности субъекта управления, связанной с этапами управления конфликтом [9]. Условие – объекты, субъекты и среда [10]. Трудоемкость – определяется отношением затрат труда (например, рабочего времени) к объему выработанной продукции [11]. Интенсивность труда – степень его напряженности в процессе производства, которая измеряется затратами физической и нервной энергии человека в единицу времени [11].

Затем формализовали найденные представления:

$$C \vee P = C \cdot \alpha_c + Y \cdot \alpha_y, \quad \sum^2 \alpha = 1, \quad (1)$$

где $C \vee P$ – ситуация (С) или (\vee) проблема (P), C – целеполагание, Y – условия, α - вес.

$$\text{При} \quad \begin{cases} Y \neq 0 \text{ и } C = 0 & C \vee P ::= C, \\ Y = 0 \text{ и } C \neq 0 & C \vee P ::= P, \end{cases} \quad [12], \quad (2)$$

где ::= – знак присваивания.

Иерархия основных понятий

Основные понятия, относящиеся к поставленной задаче, представили в виде иерархии (рис.1), вершины и дуги которой – это релевантная информация (данные и знания) об этих понятиях.

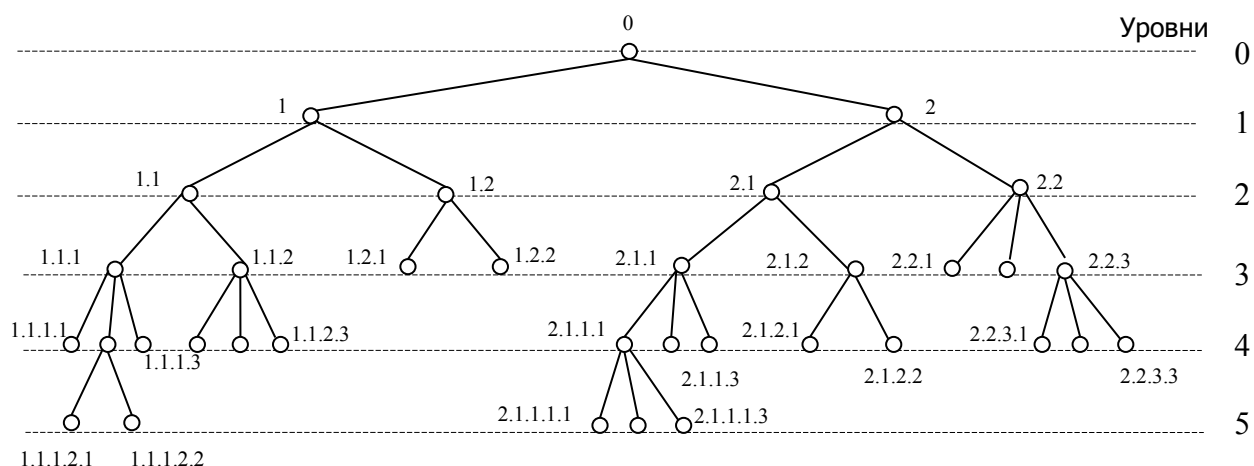


Рис.1 Фрагмент иерархии данных о понятиях термина «Ситуация/проблема прерывания плановой деятельности специалиста» (вершина 0),

(данные о: 1 – целеполагании, 2 – условиях ситуации / проблемы прерывания, 1.1 – экономии времени специалиста на ситуацию прерывания (глобальная цель), 1.2 – значимости прерывания, 2.1 – предметах: объектах и субъектах (денотатах*) ситуации, 2.2 – среде (классах**) и событиях взаимодействия предметов, 1.1.1 – оценке трудоемкости выполняемой работы, 1.1.2 – оценке интенсивности труда, 1.2.1 - значимости отправителя прерывания, 1.2.2 – значимости текста прерывания, 2.1.1 – первичных (до прерывания) предметах: объектах и субъектах, 2.1.2 – привлекаемых предметах (ресурсах), 2.2.1 – показателях деятельности специалиста по плану, 2.2.2 – характеристиках прерывания, 2.2.3 - характеристиках деятельности по ознакомлению с прерыванием, 1.1.1.1 – трудоемкости при плановой работе специалиста, 1.1.1.2 – трудоемкости при прерывании плановой деятельности специалиста, 1.1.1.3 – суммарной трудоемкости по плановой и дополнительной (при прерывании) работам, 1.1.2.1 – интенсивности труда при плановой работе, 1.1.2.2 – интенсивности труда при прерывании, 1.1.2.3 – общей интенсивности труда при плановой и дополнительной (при прерывании) работах; 2.1.1.1 – плановом задании, 2.1.1.2 – специалисте, 2.1.1.3 – рабочем месте специалиста, 2.1.2.1 – естественно-интеллектуальном помощнике, 2.1.2.2 – компьютерном помощнике, 2.2.3.1 – характеристиках деятельности специалиста по ознакомлению с прерыванием, 2.2.3.2 – характеристиках помощи от естественного интеллекта, 2.2.3.3 - характеристиках работы компьютерного помощника, 1.1.1.2.1 – времени ознакомления с вводной (сопроводительной) информацией, 1.1.1.2.2 – времени ознакомления с содержанием текста (знакомства только с ключевыми словами, с оглавлением, с рефератом, со словариком, с онтологией текста или изучения полного неизмененного первоначального текста документа).

*) денотат – понятие в лингвистике, относящееся к предмету (объекту, субъекту) или фрагменту деятельности [12],

**) класс – понятие лингвистики, относящееся к совокупности денотатов [12].

При этом полагали, что целеполагание Ц (см. вершину 1 рис.1) можно оценить по двум взвешенным составляющим:

$$Ц = ПЦ \cdot \alpha_{ПЦ} + ДЦ \cdot \alpha_{ДЦ}, \quad \sum \alpha_1 = 1, \quad (3)$$

где качество: ПЦ – постановки цели, ДЦ – достижение цели, полагая что целеполагание определяется цепочкой: лозунги → проблематика → проблема → глобальная цель → локальные цели → задачи → функции → параметры → значения параметров; α - вес.

Для условий У (см. вершину 2 на рис.1) аналогично:

$$У = ПОС \cdot \alpha_{ПОС} + ВД \cdot \alpha_{ВД}, \quad \sum \alpha_2 = 1, \quad (4)$$

где качество: ПОС – предметов (объектов, субъектов), ВД – взаимодействий и деятельности.

Предлагаемая мера качества может быть представлена в безразмерном выражении (0-1) за счет нормирования путем отнесения фактических значений к нормативным.

О когнитивных маршрутах на иерархии понятий

Шаблон когнитивного маршрута (карты) на иерархии (см. рис.1) представили в виде:

$$\{Ц\} = f(\{Y\}), \quad (5)$$

где $\{Ц\}$ – совокупность параметров вершины (1) с 2-го по 5-ый уровень,
 $\{Y\}$ – совокупность факторов вершины (2) также по уровням иерархии,
 f – функционал.

Формализуя далее модель (1) предложили с учетом записи (3) и в соответствии с рис.1 следующие формулы для счета:

$$Ц = Ц_{1.1} \cdot \alpha_{1.1} + Ц_{1.2} \cdot \alpha_{1.2}, \quad \sum \alpha = \alpha_1, \quad (6)$$

$$Ц_{1.1} = Ц_{1.1.1} \cdot \alpha_{1.1.1} + Ц_{1.1.2} \cdot \alpha_{1.1.2}, \quad \sum \alpha = \alpha_{1.1}, \quad (7)$$

$$Ц_{1.2} = Ц_{1.2.1} \cdot \alpha_{1.2.1} + Ц_{1.2.2} \cdot \alpha_{1.2.2}, \quad \sum \alpha = \alpha_{1.2}, \quad (8)$$

...

и т.д. до пятого уровня иерархии.

Имея в виде параметров количественные оценки для моделей типа (6)-(8) с учетом модели (5) можно перейти к маршруту выхода на факторы ветви 2 на рис.1:

$$\left. \begin{array}{l} Ц_1 \\ Ц_{1.1}, Ц_{1.2} \\ Ц_{1.1.1}, Ц_{1.1.2}, Ц_{1.2.1}, Ц_{1.2.2} \\ \dots \end{array} \right\} = f \left\{ \begin{array}{l} Y_2 \\ Y_{2.1}, Y_{2.2} \\ Y_{2.1.1}, Y_{2.1.2}, Y_{2.2.1}, Y_{2.2.3} \\ \dots \end{array} \right. \quad (9)$$

При этом надо отметить следующую зависимость, возникающую при ситуации прерывания: как правило, все события развиваются в условиях дефицита временного ресурса. Это обусловлено тем, что дополнительного времени при возникновении прерывания для работы со спонтанным текстовым сообщением не выделяется, поэтому даже при одинаковом объеме работы трудоемкость плановой деятельности (вершина 1.1.1.1 на рис.1) не будет равна трудоемкости при прерывании (вершины 1.1.1.2) и в сумме (значение вершины 1.1.1.3) можно определить только на практике потому, что связанная через время с трудоемкостью величина интенсивности труда (вершина 1.1.2.1) при плановой и дополнительной (вершина 1.1.2.2) работах будет увеличиваться, чтобы покрыть дефицит времени.

Графическое представление ситуации

Динамика основных событий рассматриваемой служебной ситуации в постановке ее анализа (пока без разрешения) представлена на рис.2 в двух вариантах: без компьютерного помощника и с ним. При этом в траекториях выполнения планового задания не отражены фазы рабочего дня [13÷15] типа вхождения, подъема, усталости и т.п.

По оси абсцисс отложены восемь равных временных отрезков, соответствующих восьми часам рабочего дня, а по оси ординат – результат работ, выполняемых специалистом в течение рабочего дня, где верхняя граница графика – план. При этом учтен обеденный перерыв специалиста 1 час.

На графике «а» рисунка 2А представлена динамика выполнения плановых работ специалистом в течение рабочего дня при отсутствии прерывания. Величина $\Delta = 0$ показывает, что специалист за день выполнил плановый объем работ. На графике «б» отражен уровень прерывания – импульсного появления спонтанного текстового сообщения. Из графика «в» видно, что специалист, прервавшись на рассмотрение спонтанного текста сообщения, прекращает выполнение плановых работ. В зависимости от времени, на которое отвлекается специалист, ему, возможно, придется занять свой обеденный перерыв. Таким образом, к концу рабочего дня $\Delta \neq 0$ и специалист выполнил не весь объем плановых работ.

На рисунке 2Б рассмотрена та же ситуация и аналогичная деятельность специалиста в течение рабочего дня при использовании компьютерного помощника. Графики «а» и «б» так же, как на рисунке 2А, отражают деятельность специалиста без прерываний и уровень самого прерывания соответственно. На графике «г» представлена работа компьютерного помощника, который с высокой скоростью анализирует входную информацию и выдает специалисту сообщение с отчетом о проделанной работе и рекомендацией. Из графика «в» видно, что специалист в этом случае так же прерывается для реакции на сообщение помощника, однако продолжительность данного прерывания незначительна. К концу рабочего дня $\Delta \rightarrow 0$.

При этом значимость прерывания (вершина 1.2) может существенно изменить ход выполнения планового задания, вплоть до его отмены.

Примеры выхода на когнитивный маршрут

Если исходить из того, что в воспринимаемой нами реальности время – самый невозобновляемый ресурс, актуальна постановка задачи о его экономии, в частности, в связи с прерываниями запланированной деятельности, весьма частыми в служебных делах. Относительно экономии времени (t) когнитивный маршрут представили в виде:

$$t = f(y), \quad (10)$$

где y – условия ситуации или проблемы,

$$t_{1.1} = \sum_{i=1}^2 (t_{1.1} \cdot \alpha_{1.1})_i, \quad \sum \alpha = \alpha_{1.1}, \quad (11)$$

где экономия времени от:

t1.1.1 – резерва производительности плановой деятельности (ППД),

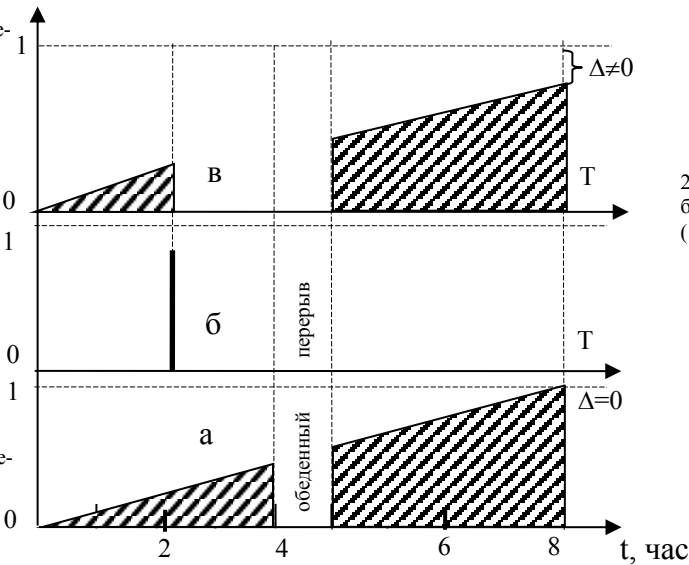
t1.1.2 – минимизации потери времени при ознакомлении с прерыванием.

Полагали, что

$$\begin{aligned} \text{if } \text{ППД}_\phi &= \text{ППД}_н \text{ then } t_{1.1.1} = 0 \text{ else} \\ \text{if } \text{ППД}_\phi &< \text{ППД}_н \text{ then } t_{1.1.1} < 0 \text{ else} \\ \text{if } \text{ППД}_\phi &> \text{ППД}_н \text{ then } t_{1.1.1} > 0. \end{aligned} \quad (12)$$

где экономия $t_{1.1.1} < 0$ - дефицит, $t_{1.1.1} > 0$ – резерв, индексы «ф» и «н» - фактическое и нормативное значения

Результат фактической плановой работы специалиста



2А) Как есть без компьютерного помощника (с одним прерыванием)

2Б) Как должно быть с компьютерным помощником (с одним прерыванием)

время

Результат фактической плановой работы специалиста

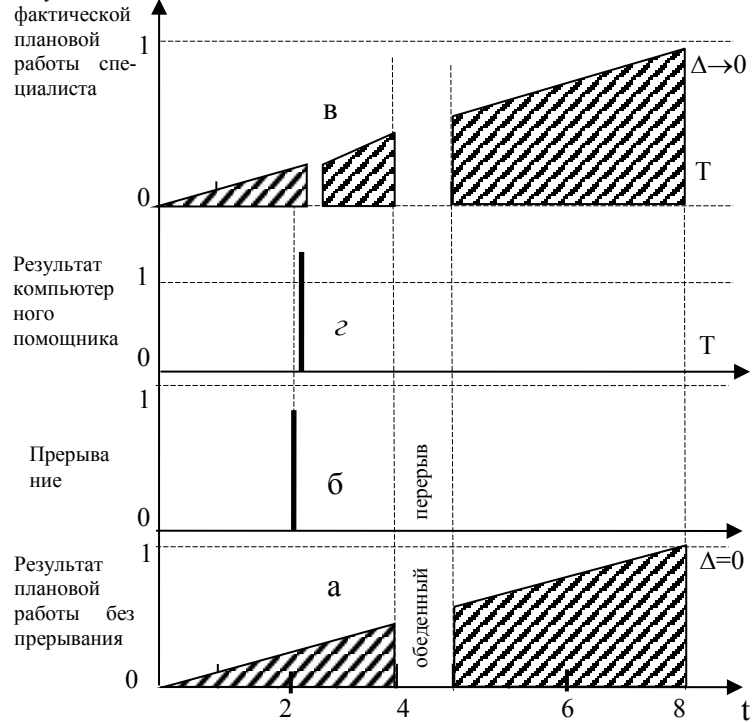


Рис.2 Примеры динамики основных событий за 8-и-часовой рабочий день специалиста

При этом ППД имеет размерность $\left[\frac{\text{ед. продукции}}{\text{ед. времени}} \right]$, которую можно отнормировать и представить безразмерной.

Для скорости ознакомления с прерыванием (СОП):

$$\text{if СОП} < \text{ППД} \text{ then } t_{1.1.2} < 0 \text{ else}$$

$$\text{if СОП} \geq \text{ППД} \text{ then } t_{1.1.2} = 0. \quad (13)$$

В соответствии с вершинами 1.1.1.2.1 и 1.1.1.2.2 (см. рис.1):

$$\text{СОП} = \text{СОП1} \cdot \beta_1 + \text{СОП2} \cdot \beta_2, \quad \sum \beta = 1, \quad (14)$$

где СОП1 – для сопроводительного письма, СОП2 – для текста прерывания,

При этом СОП имеет размерность $\left[\frac{\text{читаемые знаки прерывания}}{\text{ед. времени}} \right]$, которая также может быть отнормирована, и возможна пропорция:

$$\beta_1 : \beta_2 = f(\gamma), \quad (15)$$

где γ – ранг отправителя текста.

Правила типа (12)-(15) могут служить шаблонами и для дальнейшего движения по уровням.

Пример оценки затрат времени представлен в табл.1 и 2.

Таблица 1
Оценка затрат времени специалиста на работу с текстом прерывания без компьютерного помощника

Объем текста прерывания, кБайт	Затраты времени на:			
	чтение/понимание текста	анализ текста	принятие решения по решению ситуации	итого
0,5	1 мин	} < 0,5 часа	} 15÷20 мин.	1 час
1,0	2 мин			
10	20 мин	} ~ 3 час.	} 1÷1,5 часа	5 часов
50	1,5 часа			
100	3 часа	} 2÷3 дня	} 1 день	4 дня
> 100	> 4 часов			
		> 3 дней	> 1 дня	> 5 дней

Видно, что в зависимости от объема текста затраты времени могут существенно различаться и, следовательно, представлять собой угрозу для выполнения плановой работы.

Таблица 2
Оценка затрат времени специалиста на знакомство с материалами (отчетом) компьютерного помощника

№ п/п	Материалы компьютерного помощника	Затраты времени при условиях недостаточности				
		–	1÷2	1÷3	1÷4	1÷5
1	ключевые слова	~1 мин				
2	оглавление/ содержание		~2÷5 мин			
3	реферат			~10 мин		
4	словник по частотности				~15 мин	
5	онтология (тезаурус)					~0,5 часа

Видно, что компьютерный помощник мог бы существенно уменьшить затраты времени специалиста на знакомство с сутью спонтанного текста, вызвавшего ситуацию.

Относительно значимости прерывания посчитали:

$$SN = f(S \vee P), \quad (16)$$

Причем в соответствии с рис.1 (вершины 1.2.1, 1.2.2):

$$SN = \sum_{j=1}^2 (SN \cdot \delta)_j, \quad \sum \delta_j = 1, \quad (17)$$

где значимости:

SN1 – ранга отправителя прерывания (РОП), определяемая по сопроводительному письму,
SN2 – контента текста прерывания.

Полагали, что

$$\begin{aligned} & \text{if РОП} < \text{РППЗ} \text{ then } SN < SN_0 \text{ else} \\ & \text{if РОП} = \text{РППЗ} \text{ then } SN = SN_0 \text{ else} \\ & \text{if РОП} > \text{РППЗ} \text{ then } (S \vee P) ::= (S \vee P)^{\kappa} \end{aligned}, \quad (18)$$

где РППЗ – ранг постановщика планового задания, SN0 – значимость планового задания, ::= - знак присваивания, индекс «κ» - конфликт.

Тогда при $SN \geq SN_0$ может возникнуть конфликт между выполнением планового задания и прерыванием специалиста на действия, связанные с императивом прерывания (ИП). Для выявления ИП необходимо знать SN2.

Пример из организации здравоохранения

Для медицинского работника есть несколько вариантов прерывания плановой работы в виде поступления спонтанного текстового сообщения. Так, при поступлении запроса (например, на поиск списка пациентов группы диспансерного наблюдения с нарушениями плана посещений и госпитализации) на помощь приходят базы данных и программные средства, формирующие учетно-отчетную документацию. Но более высокую значимость имеют такие текстовые сообщения как изменения в законодательстве, регламентирующем оказание медицинской помощи населению. По мнению экспертов в этой области можно отметить, что границы этих документов четко не очерчены, часто сложно отнести закон к «чисто медицинскому контакту», но часть сведений касается, в том числе, и медицины. При этом можно выделить более узкие области направлений такие, как: педиатрия, детская хирургия, детская кардиология, эпидемиология, инфекционные болезни и др. Сведения из разных документов могут координировать работу нескольких смежных направлений (эпидемиология и инфектология) или даже более отдаленных (эпидемиология и хирургия), поэтому сложно быстро определить по сопроводительной информации (административному структурному подразделению или ведомству, выпустившему приказ, дате, номеру, названию и т.д.) относится ли этот документ к деятельности конкретного специалиста (например, врача-эпидемиолога) или нет. На официальных сайтах многих министерств и

ведомств размещены базы директивных документах, некоторые системы правовой поддержки осуществляют регулярную рассылку новых вступивших в действие законов, но их много, поэтому отследить нужные для работы очень сложно, а незнание не освобождает от их исполнения, в том числе и от штрафные санкций, как нежелательных последствий.

Поэтому компьютерное средство поддержки, помогающее в укоренном режиме изучить входящие документы без существенного ущерба основной плановой работе очень пригодилось бы врачу-эпидемиологу, врачу-методисту, эксперту, организаторам здравоохранения различных уровней.

Формулировки задач по созданию компьютерной поддержки и гипотезы о предлагаемых решениях

Прежде всего предположили, что пакет задач – это иерархия соответственно задачи, ее подзадач, заданий и т.д. Для уровней иерархии 0 и 1 эти материалы представлены в табл.3.

Таблица 3
Задачи и гипотезы о решениях

№ п/п	Уровень задачи	Формулировка задачи и подзадач	Гипотезы о предполагаемых решениях в части развития/создания:
1	0	обеспечить экономию временного ресурса специалиста в связи с прерыванием плановой работы спонтанным текстовым сообщением с оценкой его значимости [16,17]	компьютерного помощника специалиста
2	1	формализовать служебные плановые функции специалиста	блока формализации должностного функционала до уровня онтологии или когнитивно-семантического шаблона
3		формализовать служебное плановое текущее задание специалиста	блока формализации текущего служебного задания до уровня фрагментов онтологии или когнитивно-семантического шаблона
4		отделить в текстовом сообщении фрагменты, не соответствующие должностному функционалу специалиста	блока отделения нерелевантных фрагментов текста методом бинарной классификации (да/нет)
5		отделить в текстовых фрагментах, соответствующих должностному функционалу, фрагменты, не соответствующие текущему служебному заданию	блока отделения нерелевантных фрагментов текста методом когнитивной классификации

В итоге для экономии временного ресурса специалиста и оценки значимости прерывания при наличии большого по объему спонтанного текстового сообщения целесообразно создание компьютерного помощника. Предполагается, что он произведет автоматический анализ текста и его обработку, а в качестве результата выдаст компактный структурированный отчет. Специалист, просматривая отчет компьютерного помощника, может эффективнее принять решение о выходе из ситуации.

Возможные реализации компьютерного помощника

В качестве компьютерных помощников могут быть использованы спам-фильтры, настраиваемые на пользователя, подразделяемые, в свою очередь, на две группы [16]. Представители первой группы обеспечивают распознавание [17] принадлежности текста к конкретным классам (среди которых обязательно должны присутствовать классы «спам» и «не спам») по числовым характеристикам свойств текста. Представители второй группы реализуют бинарную классификацию [17] текстов по числовой характеристике S их спамовости и ее задаваемому пороговому значению. Для расчета используют формулу:

$$S = \sum_i \alpha_i p_i, \quad (19)$$

где i – порядковый номер термина, встречающегося в тексте, p_i и α_i – соответственно, частота встречаемости термина и его распознаваемый коэффициент спамовости.

В обоих случаях от субъекта требуется задание обучающей выборки [17], состоящий из текстов, для которых указана принадлежность к конкретным классам, описанным выше.

Результаты и выводы:

1. Поставлена задача выхода на пакет подзадач реализации компьютерной поддержки разрешения служебной ситуации прерывания планового задания специалиста спонтанными текстовыми сообщениями с целью экономии времени на прерывание и оценку его значимости.
2. Подобрана коллекция определений для понятий: ситуация, конфликтная ситуация, прерывание, событие, анализ ситуации.
3. Предложен пакет кортежных моделей для этих понятий.
4. Представлена графическая модель основных событий за 8-и-часовой рабочий день специалиста, столкнувшегося с подобной ситуацией.
5. Приведен фрагмент иерархии понятий к термину «конфликтная ситуация служебной деятельности».
6. Даны оценки затрат времени на работу с текстом прерывания и его значимости в вариантах без и с компьютерным помощником.
7. Сформулированы подзадачи и гипотезы об их решении.
8. Приведены примеры возможных реализаций компьютерного помощника.

Сделан вывод о полезности создания компьютерного помощника для разрешения подобных служебных ситуаций.

Список литературы

1. The American Heritage Dictionary of the English Language. Houghton Mifflin Harcourt, 2011. – 2084 с.
2. Орлов С.А. Организация ЭВМ и систем / С.А.Орлов, Б.Я. Цилькер. Учебник для вузов. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2011. – 688 с.
3. Казначеева А.О. Основы информационных технологий: Учебное пособие. – СПб.: СПбГУ ИТМО, 2009. 44 с.
4. Бордовская Н. В. Психология и педагогика: Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / Н. В. Бордовская, С. И. Розум. – Санкт-Петербург : Питер, 2013. – 624 с.
5. Гидденс Э. Социология. – 2-е изд., полн. перераб. и доп. – : М.: 2005. – 632 с.
6. Толковый словарь по информационному обществу и новой экономике. – [Электронный ресурс] – М. 2007. URL: http://information_society.academic.ru
7. Гуров В.В. Архитектура микропроцессоров: Учебное пособие. – М.: Интернет-Университет Информационных Технологий: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 272 с.
8. Событие (теория относительности) // [Википедия]. URL: <http://ru.wikipedia.org/?oldid=79116328> (дата обращения: 21.06.2016).
9. Мурашева С. В. Этноконфликтология (теоретико-методологические аспекты): Учебное пособие. – Орел: ОГУ, 2015. – 212 с.
10. Винокур Г. О. Толковый словарь русского языка / Г. О. Винокур, Б. А. Ларин, С. И. Ожегов [и др.] – М.: Государственное издательство иностранных и национальных словарей, 1948.
11. Основные категории производительности труда [Официальный сайт «Мегапредмет»]. URL: <http://megapredmet.ru/1-69729.html>
12. Гольдштейн С.Л. Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера, – Екатеринбург: ИД Пирогов, 2006, – 342 с.
13. Марченко И. Оценка эффективности профессиональной служебной деятельности // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2009. – №12 [Официальный сайт «Гарант»]. URL: <http://base.garant.ru/5814529/>
14. Зайцева Н.В. Хронометраж рабочего времени как инструмент оценки и формирования организационной культуры медицинской / Н.В. Зайцева, Н.В. Присяжная, Н.Н. Богачанская [и др.] // Социология медицины. – 2015. –Т. 12, №2. – С. 35–40.
15. Кукин П.П. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность технологических процессов и производств (Охрана труда) Учеб. пособие для вузов / П.П. Кукин, В.Л. Лапин, Н.Л. Пономарев [и др.] – 4-е изд., перераб. М.: Высш. шк., 2007. – 335 с.

16. Терейковский И.А. Применение семантического анализа содержимого электронных писем в системах распознавания спама [Электронный ресурс] Уфимский Государственный Авиационный Технический Университет, 2014. URL: <https://studfiles.net/preview/951657/>
17. Горелик А.Л. Методы распознавания: Учеб. пособие / Л.А. Горелик, В.А. Скрипкин. – Москва: Высшая школа, 1984. – 208 с.

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

СИСТЕМА ПАРИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ УПРАВЛЕНИЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТЬЮ У ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

Рудаков А.В., Елькин И.О., Грицюк Е.М.

ГАОУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия

Синдром эмоционального выгорания - это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов. Риск формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников очень высок. Все технологии профилактики эмоционального выгорания, в конечном итоге сводятся к развитию эмоциональной компетентности. На основе анализа литературных источников и собственной практики нами выдвинуты собственные гипотезы управления эмоциональной компетентностью.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, помогающие профессии, неотложная медицина, реабилитация.

System parry burnout control emotional competence among physicians of emergency medicine

Rudakov A.V., Elkin I.O., Gritsyuk E.M.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM»*

The syndrome of emotional burning out is the reaction of an organism arising owing to long influence of professional stresses. The risk of formation of a syndrome of emotional burning out at health workers is very high. All technologies of prevention of emotional burning out, finally come down to development of emotional competence. On the basis of the analysis of references and own practice we have made own hypotheses of management of emotional competence.

Key words: emotional burning out, the helping professions, urgent medicine, rehabilitation.

Введение

К числу первоочередных задач благополучного долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года относится сохранение и укрепление здоровья граждан страны в условиях оптимизации их профессиональной деятельности, что особенно актуализирует проблему психической регуляции не только поведения, но и психических состояний. На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения

проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода.

Синдром эмоционального выгорания - это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Профессиональная деятельность врача отличается высокой эмоциональной загруженностью и имеется большое количество эмоциогенных факторов, как объективных, так и субъективных, которые оказывают негативное воздействие на труд врача, вызывая сильное эмоциональное напряжение и стресс. Все это создает условия для высокого риска формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Литературно-аналитический обзор

Нами просмотрены литературные источники с 1998 по 2017 гг. Наиболее эффективным средством парирования эмоционального выгорания признается развитие навыков эмоциональной компетентности.

Эмоциональная компетентность — это умение осознавать свои эмоции и эмоции партнера по общению, анализировать их и управлять ими, с целью выбора наиболее эффективного поведения в конкретной ситуации. Развитые навыки эмоциональной компетентности позволяют врачу рассматривать свои эмоции и эмоции пациентов как управленческий ресурс и благодаря этому повышать эффективность своей деятельности. Мы придерживаемся позиции Г.В. Юсуповой, которая рассматривает эмоциональную компетентность как группу развивающихся способностей к саморегуляции и регуляции интерперсональных отношений путем понимания собственных эмоций и эмоций окружающих [1]. Она выделяет два компонента эмоциональной компетентности: когнитивный (понимание) и поведенческий (управление). Каждый компонент имеет два вектора: внутренний - направленность на себя и внешний - направленность на других. Когнитивный вектор направлен, с одной стороны, на самопонимание, обозначаемое как явление рефлексии, с другой - при направленности на других - на эмоционально-когнитивную децентрацию своего «Я», известную как явление эмпатии. Приспособительные поведенческие реакции реализуются через саморегуляцию поведения (поведенческий вектор, направленный на себя) и регуляцию отношений с другими (поведенческий вектор, направленный на взаимодействие с окружающими). Такая позиция позволяет управлять эмоциональной компетентностью как основой профилактики и парирования эмоциональных проблем.

Еще один подход декларирован Л.Н. Молчановой. По результатам проведенного ей исследования общие закономерности структурно-динамических изменений состояния

психического выгорания у всех представителей профессий помогающего типа в аспекте межпрофессиональной дифференциации (медицинских, педагогических и социальных работников) обеспечиваются рефлексивно-смысловыми механизмами трансформации состояния психического выгорания [2].

В связи с этим в схеме, представленной на рисунке, в роли системообразующего элемента системы психопрофилактики выступает тренинг рефлексивных способностей на фоне непрерывного просветительского процесса, что согласуется с теоретическими основами профессионального развития личности (Л. М. Митина), когда: «работа рефлексивных процессов самосознания может иметь характер как регулятивного, так и интеграционного, смыслопорождающего механизма, определяя тем самым психологическое содержание (способы и формы активности) рефлексивного ресурса личности и индивидуальную траекторию разрешения возникающих у нее внутриличностных противоречий» [3].



Рис. Общая схема системы парирования состояния эмоционального выгорания у представителей профессий помогающего типа

Стратегия и тактика преодолевающего воздействия ориентирована на разрешение конкретных задач программы преодоления состояния эмоционального выгорания (рис.):

1) информирование о феноменологии, генезе, детерминации, способах психопрофилактики состояния психического выгорания через организацию и реализацию традиционных (лекции, беседы) и инновационных (научно-практические семинары, дискуссии, анализ проблемных профессиональных ситуаций и т.д.) форм просветительской работы;

2) формирование стремления к личностному росту и профессиональной самореализации через активизацию интереса и творческой активности к профессиональной деятельности;

3) развитие умений и навыков самоанализа, рефлексии через обучение рефлексивным умениям;

4) оптимизация стилей саморегуляции и мобилизация ресурса произвольности в регуляции состояний через обучение навыкам психологической самопомощи (психической саморегуляции, релаксации, и т.д.);

5) и тем не менее, все процессы, в конечном итоге сводятся к развитию эмоциональной компетентности: формирование адекватного эмоционально-ценностного отношения к себе и другим, реструктуризация системы ценностей через обучение навыкам эмоционально-ценностного отношения (положительного отношению к себе, принятию других).

Источники, рассматриваемые нами как *аналоги системы управления эмоциональной компетентностью* у врачей неотложной помощи сведены нами в таблицу 1

Таблица 1

Аналоги управления эмоциональной компетентностью

№	Аналог	Описание	Критика	Взято за основу	Оценка по критерию			
					Валидность	Аналитическая ценность	Универсальность	Σ
1	Приказ министерства юстиции от 12.05.2007 года № 238 «Об утверждении инструкции по организации психологической службы уголовно-исполнительной системы»	Психологическая служба УИС - это централизованно управляемая организационная система, состоящая из структурных подразделений и должностей специалистов (психологов), осуществляющих целенаправленную работу по психологическому обеспечению деятельности учреждений и органов, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы	Кроме работы со спецконтингентом в обязанности службы входит психологическое обеспечение профессиональной деятельности персонала органов и учреждений УИС. Не адаптирован к медицинской специфике.	Структурный аналог.	0,3	0,7	0,3	1,3
2	Рейнольдс Марша Коучинг: эмоциональная компетентность / Пер. с англ. Центра поддержки корпоративного управления и бизнеса – Центр поддержки корпоративного управления и бизнеса, 2013, 112 с.	Аналог управленческой составляющей. Основной метод, предлагаемый автором – метод эффективных вопросов – включает комплекс вопросов, отражающих характерные направления (аббревиатура GROW, расшифровывающаяся следующим образом: 1). Goals – целеполагание; 2). Reality – отражение реальной ситуации; 3). Options – отражение возможностей и направления действий; 4). What, When, Who, Will – выявление что, когда и кому надо сделать)	Индивидуальная работа с клиентом. Не адаптирован к медицинской специфике.	Аналог управленческой составляющей.	0,5	0,3	0,5	1,3

Таблица 1(продолжение)
Аналоги управления эмоциональной компетентностью

№	Аналог	Описание	Критика	Взято за основу	Оценка по критерию			
					Валидность	Аналитическая ценность	Универсальность	Σ
3	Николаева Е.Н. Программа «Профилактика эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников»/ Чебоксары 2015г. 30 с.	Программа предназначена для повышения психологической компетентности медицинских работников, применяя четырехкомпонентную авторскую технологию. В результате занятий удалось снизить показатель эмоционального выгорания медицинских работников, повысить эмоциональную компетентность путем: 1). самонаблюдения и 2). обратной связи, отработать 3).приемы и методы самовосстановления и оказания помощи себе и коллегам путем 4).разрешения ситуационных задач по преодолению конфликтных ситуаций с применением полученных знаний на практике. Временная характеристика программы: проведение 3-х занятий, продолжительность каждого из которых 90-120 мин.	Рассматриваемый аналог реализуется только в групповом варианте и не предусматривает индивидуальной работы с клиентом.	Технологически аналог.	0,6	0,3	0,3	1,2
3	Молчанова Л. Н. Система регуляции состояния психического выгорания (на примере представителей профессий помогающего типа)\ диссертация ... доктора психологических наук - Москва, 2012.- 587 с.: ил.	Авторский подход к системе психопрофилактической работы с представителями профессий помогающего типа позволил автору генерализировать программу психопрофилактики практически на всех представителей профессий помогающего типа. В системе регуляции состояния психического выгорания представителей профессий помогающего типа его психологические механизмы, генерализируя влияние системы внешних и внутренних факторов, обеспечивают трансформацию в новые психические явления – свойства саморегуляции (. Работа с этими психическими новообразованиями позволяет снизить эмоциональную напряженность и повысить компетентности клиента. Предусматривается и групповая и индивидуальная работа.	Рассматриваемая система претендует на универсальность и не учитывает специфику деятельность и врачей неотложной помощи.	Общепонятный аналог	0,5	0,2	0,8	1,5

Для оценки аналогов была создана группа из шести экспертов - сотрудников Федеральных ВУЗов, имеющих ученые степени и звания.

Оценку аналогов проводили по следующим показателям: универсальность (степень охвата пользователей); валидность (в нашем случае - пригодность для работы с врачами неотложного профиля); наличие обратной связи с потребителем (в нашем случае – возможности дистанционной работы); адаптируемость к смене условий; аналитическая ценность, т.е. возможность быстрой трактовки и однозначность полученной оценки, пригодность ее для статистической обработки. Оценка по каждому пункту от 0 до 1 балла.

В результате проведенного анализа по сумме критериальных оценок установлено, что значительных преимуществ у какой-либо системы управления эмоциональной компетентностью не выявлено. Следует отметить, что ни один аналог не пригоден напрямую для использования для реабилитации эмоциональных расстройств у врачей неотложной помощи и прототип должен иметь компилятивный характер (табл. 2).

Таблица 2
Пакет научных прототипов системы управления эмоциональной компетентностью

Ранг прототипа	Наименование прототипа	Источники	Недостатки прототипа
1	2	3	4
0	Система парирования эмоционального выгорания (СПЭВ)	[1, 2, 3, 4, 5, 6]	Недостаточная формализация.. Параметрическая неполнота. Неадаптированность под проблематику.
1	1. Подсистема управления	[7, 8, 9, 10, 11, 12]	Параметрическая неполнота. Неадаптированность под проблематику. Структурно-алгоритмическая неполнота
	2. Подсистема исполнения	[14, 15, 16, 17, 18]	Вербальный уровень. Параметрическая неполнота. Неадаптированность под проблематику.
2	1.1 Блок целеполагания	[19, 20, 21]	Недостаточная конвергентность. Неадаптированность под проблематику
	1.2 Блок мониторинга	[22, 23, 24, 26]	Параметрическая неполнота
	1.3 Блок анализа и прогноза	[25, 26, 27, 28]	Недостаточная формализация. Параметрическая неполнота. Неадаптированность под проблематику
	1.4 Блок формирования решения	[29, 30, 31, 32]	Структурно-алгоритмическая неполнота. Неадаптированность под проблематику
	2.1 Блок исполнителей	[33, 32, 33, 34]	Вербальный уровень. Недостаточная конвергентность. Параметрическая неполнота
	2.2 Блок технологий	[35, 36, 37, 38, 39]	Вербальный уровень. Недостаточная конвергентность. Неадаптированность под проблематику

Гипотезы развития прототипа

На основе анализа литературных источников и собственной практики нами выдвинуты следующие гипотезы развития системы управления эмоциональной компетентностью.

Гипотеза 1 ранга – для развития системы управления эмоциональной компетентностью у врачей неотложной помощи необходимо совершенствование ее подсистем и введение подсистемы индивидуального сопровождения (адаптации);

2 гипотезы 2 ранга сформулированы на основе проблематики подсистем прототипа и представлены в табл. 3.

Таблица 3
Проблемы прототипов и гипотезы развития 2 и 3 ранга
для системы парирования эмоционального выгорания

№	Название подсистемы	Содержание	Характеристики решаемой проблемы	Гипотезы 2 ранга Для развития необходимы:
1	Подсистема управления	Выработка управленческих решений по парированию эмоционального выгорания	Отсутствие системы координат по эффективности управленческих решений. Недостаточность прогнозирования.	Введение блока супервизии.
2	Подсистема исполнения	Наличный несистематизированный ресурс исполнителей и технологий	Системно-структурная неполноценность, неучтенность административного резерва	Введение блока административных ресурсов.
3	Блок целеполагания	Первичная фаза <u>управления</u> , предусматривающая постановку генеральной цели и совокупности целей	Вербальный уровень, неясность координат деятельности	Справочник «Мотивы и цели преодоления ЭВ»
	Блок мониторинга	Непрерывный процесс наблюдения и регистрации параметров эмоционального состояния	Параметрическая неполнота	Введение в практику эмоциональных нормативов
	Блок анализа и прогноза	Анализ реальной ситуации с прогнозированием поведения.	Параметрическая неполнота, вербальный уровень	Установление оптимальной кратности измерений. Введение балансовых моделей (тип если-то)
	Блок формирования решений	Вырабатывает решение, в соответствии с которым включается один из типов управления	Вербальный уровень. Алгоритмическая неполнота.	Репозитарий стандартных и нестандартных решений.
	Блок исполнителей	Исполнение технологических процессов по парированию ЭВ	Кадровый дефицит. Недостаток качества исполнения.	Организация волонтерского движения с привлечением студентов психологов магистратуры УРФУ. Самоорганизация персонала в движения по типу «Здоровье медика»
	Блок технологий	Технологии по парированию эмоционального выгорания	Недостаточная конвергентность. Алгоритмическая неполнота использования	Адаптация методов под контингент. Дифференцированный подход к применению технологий.

Заключение

В результате проведенного анализа мы пришли к заключению, что аналоги системы парирования эмоционального выгорания впрямую как прототипы рассматриваться не могут. Особенно это справедливо в отношении валидности – ни один аналог впрямую для работы с врачами неотложной помощи использован быть не может, требуется его доработка под специфику контингента. И, тем не менее, проигрывая остальным аналогам по каким либо параметра, каждый аналог имеет в чем либо преимущества перед другими. Прототип системы парирования эмоционального выгорания для врачей неотложной помощи должен носить компилятивный характер. Главной новацией в системе парирования эмоционального выгорания является подсистема адаптации.

Список литературы

1. Чуланова О. Л. Коучинг эмоциональной компетентности управленческого персонала организации / О. Л. Чуланова // *Общественные науки. Всероссийский научный журнал.* – 2012. – № 1. – С. 286–294.
2. Чуланова О.Л. Консалтинг персонала: Учебное пособие. ... Консалтинг персонала: Учебное пособие. Высшее образование: Магистратура — Инфра-М, 2016, 164 стр.
3. Николаева Е.А., Васильева И.Ю.Профилактика эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников.- Чебоксары.- 2015. 40 с.
4. Молчанова Л.Н., Никишина В.Б. Состояние выгорания медицинских работников в аспекте внутри профессиональной дифференциации // *Вестник Вятского государственного гуманитарного университета.* – № 4 (3). □ 2010. – С.134–141.
5. Молчанова Л.Н. Модель системы регуляции состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа // *Теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования: материалы Международной научно-практической конференции (г. Курск 29-30 марта 2012 года).* – Ч. 2. – Курск, 2012. – С.91–94.
6. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999. 32 с.
7. Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. СПб.: Питер, 2003. 560 с.
8. Юрьева Л.Н. Психологический подход к трудовой деятельности – ресурс для повышения эффективности профессионального образования специалистов сферы охраны психического здоровья // *Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф.* Чебоксары, 2014. С. 257–260.
9. Молчанова Л.Н. Структурно-функциональное содержание профессиональной идентичности у педагогов высшей школы // *Развитие профессиональной субъектности представителей*

социономических и социотехнических профессий в условиях современного общества: материалы международной научно-практической конференции: в 2 ч. – Ч.1: Психологический аспект. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2010. – С.153–158.

10. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности / А.А. Реан . –СПб.: Изд-во СПб ун-та. - 2001г.- 224с.

11. Демина А.Д., Кайгородова Н.З., Супрун А.П. Психологическая адаптация к умственному труду в условиях нервно-эмоционального напряжения.– Барнаул,2003.–236с.

12. Юрьева Л.Н. Психологический подход к трудовой деятельности – ресурс для повышения эффективности профессионального образования специалистов сферы охраны психического здоровья // Вопросы повышения эффективности профессионального образования в современных условиях: материалы VI Междунар. учеб.-метод. конф. Чебоксары, 2014. С. 257–260.

13. Фолкман С. Персональный контроль, стресс и копинг-процессы. – М.: Медицина, 2004. – 54 с.

14. Молчанова Л.Н. Механизмы формирования выгорания у врачей-хирургов// Молодежная политика: состояние и перспективы инновационного развития в условиях экономической нестабильности: материалы симпозиума, проведенного в Курском государственном медицинском университете 26 мая 2009 года / Под ред. В.А.Лазаренко, А.И. Конопки, Н.С. Степашова. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – С.156–160.

15. Агапова М.В. Социально-психологические аспекты социального выгорания и самоактуализация личности. Дисс... канд. психол. наук. Ярославль, 2004 184 с.

16. Умняшкина С.В. Синдром эмоционального выгорания, как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) / С.В Умняшкина // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14 — 15. С. 68-71.

17. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психо- соматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 3. С. 57–71.

18. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников[Текст]/ В.В. Косарев, С.А. Бабанов— Самара : Офорт. - 2009. — 232 с.

19. Никишина В.Б. Состояние «выгорания»: детерминация, феноменология, генезис, измерение. – Курск, 2007. – 381 с.

20. Лазарус Р. Психологический стресс и копинг-процессы. – М.: Медицина, 1966. – 466 с.

21. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Изд-во «Талант», 1990. – 144 с.

22. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2008. – (Серия «Учебное пособие»).

23. Винокур В.А. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт –Петербургские врачебные ведомости. – 2004. - № 1.– С. 73-75.
24. Зеер Э.Ф. Психология профессий: Учебное пособие для студентов вузов. - Екатеринбург: Деловая книга, 2003.- 336 с.
25. Молчанова Л.Н. Опыт помогающих отношений как фактор выгорания у представителей профессий помогающего типа // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов. 73-я итоговая межвузовская конференция студентов и молодых ученых. 15-16 апреля 2008 года. В 2-х частях. Часть II. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – С. 267–268.
26. Романова Е.С. Личность и эмоциональное выгорание / Е.С. Романова, М.Ю. Горохова // Вестник практической психологии образования. – 2004. - № 1. – С. 18–23.
27. Пряжников Н.С. Психология труда и человеческого достоинства. М., 2003. 302 с.
28. Надежина М.А. Личностные и организационные детерминанты психического выгорания в управленческой деятельности: дисс. ...канд. психол. наук.– Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова. Ярославль, 2011. – 214 с.
29. Мальцева Н.В. Проявления синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя в зависимости от возраста и стажа работы: дисс. ... канд. психол. наук / Н.В. Мальцева. –Екатеринбург, 2005. – 212 с.
30. Курапова И.А. Нравственно-ценностная регуляция эмоционального выгорания в профессиональной деятельности : на примере педагогов средней и высшей школы : Дисс. ... канд. психол. наук /И.А. Курапова. –Москва, 2009. – 246 с.
31. Кузнецова А.А. Профессионально-должностные факторы возникновения функциональных состояний: психического выгорания, фрустрации, психического напряжения в условиях педагогической деятельности // Вестник Брянского гос. ун-та. – Брянск: БГУ, 2012. –№1. – С.154-159.
32. Кочерга И.В. Социально-педагогическая поддержка педагогов среднего профессионального образования с синдромом эмоционального выгорания: дисс. ... канд. пед. наук / И.В. Кочерга. – Майкоп, 2007. –258 с.
33. Ключева Н.В. Социально-психологическое обеспечение деятельности педагога (ценностно-рефлексивный подход): дисс. ... д-ра. психол. наук, Ярославль, 2000. –322 с.
34. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов управления – М.: Институт психологии РАН, Москва, Ярославль, 2000. – 284 с.
35. Карпов А.В. Психология принятия управленческих решений: монография / А. В. Карпов. – М.: Юрист, 1998. – 437 с.

36. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса от диагностики к профилактике и коррекции /Психол. журн. – 2014. – Т.25, № 2. –С.75-85
37. Balint M., Ornstein RH., Balint E. Focal psychotherapy. -London, 1972
38. Daniel J., Shabo I. Psychological burnout in professional with permanent communication // Studia-Phy-schologica. 1993.- V. 35 (4-5). -P. 412-414.
39. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ – восточная версия . – М., 2002. –258 с.

Рудаков Андрей Валерьевич – заведующий загородным отделением восстановительного лечения «Луч», врач -педиатр
ГАОУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Попова О.Е., Чевтаева Н.Г.

Уральский институт управления, филиал РАНХиГС, г.Екатеринбург

Статья посвящена изучению реализации политики в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи, прогнозированию демографической ситуации в Свердловской области с помощью метода экстраполяции, удовлетворенности населения высокотехнологичной медицинской помощью в настоящее время и на ближайшую перспективу.

Ключевые слова: прогнозирование, высокотехнологичная медицинская помощь, демографические показатели, удовлетворённость.

Prediction of satisfaction of the population of Sverdlovsk region provided by high-tech technical medical assistance

Popova O.E., Chevtaeva N.G.

Ural Institute of Management, branch RANHiGS, Ekaterinburg

The article is devoted to the study of the implementation of the policy in the sphere of rendering high-tech medical aid, forecasting the demographic situation in the Sverdlovsk region using the extrapolation method, the population's satisfaction with high-tech medical care now and in the near future.

Keywords: forecasting, high-tech medical care, demographic indicators, satisfaction.

Введение

Состояние системы здравоохранения является не только важной проблемой изучаемого региона, но и государства в целом. В первую очередь это связано с неблагоприятными демографическими показателями: темпы естественного прироста низки, а порой и даже отрицательны, снижается численность трудоспособного населения, увеличивается уровень социально-значимых заболеваний. Все эти показатели напрямую связаны с системой здравоохранения, с качеством, сложностью, объёмом оказываемых медицинских услуг, а также удовлетворённостью населения доступностью медицинской помощи.

Одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в РФ в настоящее время является развитие и совершенствование специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых и эффективных методов лечения, которые позволят проводить лечение пациентов с максимальной эффективностью. Государственная политика в сфере оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи рассчитана на период с 01.01.2013 года по 31.12.2020 года. Реализация политики происходит в рамках государственной программы «Новое качество жизни».

Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь является «дорогостоящим» видом медицинской помощи, так как связана с развитием фундаментальных и прикладных наук, применением новых, как правило, наукоемких способов диагностики и лечения, которые по своей стоимости значительно выше стоимости традиционных медицинских вмешательств [1]. В связи с этим актуален вопрос финансирования данного вида помощи, прогнозирование демографических показателей в регионе и необходимых объёмов высокотехнологичной медицинской помощи, удовлетворённости населения.

Цель работы - прогнозирование демографических показателей в регионе до 2020 года, необходимых объёмов высокотехнологичной медицинской помощи, удовлетворённости населения.

Материалы и методы

Прогнозирование является научным исследованием, направленным на получение перспективы развития какого либо явления или процесса. Суть метода заключается в обработке имеющейся информации об объекте прогнозирования, с последующим получением представления о направлении его эволюции на основе анализа тенденций его развития.

В качестве основы составления прогноза были использованы показатели численности населения Свердловской области, так как они являются базовыми показателями социально-экономического развития региона. Это определяется тем, что в каждом регионе и стране в целом, действует закон соответствия социально-экономического и демографического развития общества – между динамикой количественных и качественных характеристик состояния населения и параметрами развития экономики и социальной сферы существует устойчивая прямая зависимость. Кроме того, с демографическими показателями напрямую связаны методы прогнозирования в сфере здравоохранения. Данные о развитии здравоохранения на прогнозный период определяется с учетом социальных стандартов и

корректируется исходя из прироста (выбытия) учреждений здравоохранения и прироста или сокращения численности населения в регионе.

При разработке демографических прогнозов наиболее часто используют следующие четыре группы методов: методы экстраполяции; экономико-математические методы, позволяющие разработать многофакторные динамические модели; методы передвижки возрастов и когорт; методы экспертных оценок.

Демографическое прогнозирование очень часто основывается на методах экстраполяции, что связано с тем, что демографические показатели достаточно инерционны в своём развитии. Кроме этого, методы экстраполяции широко применяются не только для оценки будущей численности населения, но и также для расчета коэффициентов рождаемости, смерти, миграции, т.е. характеристик движения населения. Цель методов экстраполяции – показать, к какому состоянию в будущем может прийти объект, если его развитие будет осуществляться с той же скоростью или ускорением, что и в прошлом. Однако у методов экстраполяции есть один общий недостаток – полученный прогноз основывается на средних тенденциях динамики населения, без учета особенностей отдельных половозрастных групп. Несмотря на это эти методы широко применяются на практике в связи с тем, что они просты, дешевы и не требуют для расчетов большой статистической базы данных. Для проведения анализа данных нами была использована программа Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

База данных из сборника Регионы России импортирована в таблицу Excel. С помощью мастера построения диаграмм сформированы диаграммы по анализируемым данным, затем добавлена линия тренда и проведен математический расчет наиболее приемлемого тренда. В полученное математическое уравнение, описываемое анализируемые данные, введено прогнозируемое время, полученные результаты занесены в таблицу. Прогноз составлен на краткосрочный период – 4 года.

Численность населения Свердловской области в 2016 г. – 4330,0 тыс.чел. [2]. Для составления прогноза были использованы имеющиеся данные численности населения по годам с 2005 г. по 2016 г. В результате проведенных расчетов прогнозируемая численность населения в Свердловской области составит: 2017 г. – 4442,57 тыс.чел.; 2018 г. – 4480,65 тыс.чел.; 2019 г. – 4528,33 тыс.чел.; 2020 г. – 4585,61 тыс.чел. В дальнейшем была построена диаграмма численности населения с использованием тренда и произведено вычисление уравнения для прогнозирования. В результате было выявлено, что прогнозируемая численность населения области увеличивается при полиномиальном

тренде и уменьшается при линейном. По экспертной оценке население области должно стабилизироваться на численности 4300 тыс. человек. Вариабельность полученных результатов связана с тем, что при прогнозировании экспертами применяются более сложные формулы расчета со многими переменными, что повышает точность расчетов, особенно для оценки динамики численности населения.

Вторым этапом исследования было изучение объёмов оказанной специализированной высокотехнологичной медицинской в регионе. По имеющимся в официальных источниках данным, «в 2015 году на территории Свердловской области специализированная высокотехнологичная медицинская помощь была оказана 29 377 пациентам (в 2014 году – 29 233 пациентам, в 2013 году 25 067 пациентам), в том числе за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских организациях – 3710 пациентам (в 2014 году – 4301 пациенту), в рамках Соглашения о предоставлении в 2015 году субсидии из федерального бюджета бюджету Свердловской области на софинансирование расходных обязательств Свердловской области, возникающих при оказании специализированной высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ 10 144 пациентам (в 2014 году – 7667 пациентам), за счет средств областного бюджета – 1894 пациентам (в 2014 году – 5411 пациентам), за счет средств обязательного медицинского страхования · 13 629 пациентам (в 2014 году 11 854 пациентам)» [3]. Следовательно, в 2015 году отмечалось увеличение объёмов оказываемой специализированной высокотехнологичной медицинской помощи жителям свердловской области на 17,2 % (в 1,17 раза) по сравнению с 2013 годом. При сохранении имеющихся тенденций удовлетворённость населения объёмами медицинской помощи будет возрастать. По итогам 2015 года удовлетворение потребности населения Свердловской области в специализированной высокотехнологичной медицинской помощи составило 93 %, при прогнозируемом показателе на 2015 г. – 88% [4].

В настоящее время, на территории Свердловской области финансовое обеспечение специализированной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счёт трёх источников финансирования:

- средств федерального бюджета в федеральных медицинских организациях на основе квот, установленных Министерством здравоохранения РФ;
- средств областного бюджета, в том числе на условиях софинансирования из средств федерального бюджета;
- и средств обязательного медицинского страхования.

При сохранении имеющихся тенденций, принимая во внимание полученные данные о прогнозе демографической ситуации и имеющиеся данные об объемах оказанной высокотехнологичной помощи жителям Свердловской области можно сделать выводы о том, что население Свердловской области получит высокотехнологичную медицинскую помощь в необходимом объеме.

Список литературы

1. Солодский В.А., Ступаков И.Н., Перхов В.И., и др. Дорогостоящая (высокотехнологичная) медицинская помощь: зарубежный и отечественный опыт организации оказания.// «Менеджер здравоохранения». 2006.№ 1. С.60.
2. Федеральная служба государственной статистики. Регионы России. Основной социально-экономические показатели городов.// Официальный интернет-портал правовой информации. Государственная система правовой информации. [Электронный ресурс] URL:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138631758656.
3. Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2020 года» (с изменениями на: 22.07.2015). Доступ из справочно – правовой системы «Консультант–Плюс». URL. <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW071;n=125975> (дата обращения 11.02.2018).
4. Об утверждении комплексной программы повышения качества жизни населения Свердловской области на период до 2018 года – «Новое качество жизни уральцев» (с изменениями и дополнениями): Постановлением Правительства Свердловской области от 01 июля 2014 № 552-ПП.// Официальный интернет-портал правовой информации. Государственная система правовой информации. [Электронный ресурс] URL: <http://base.garant.ru/20945171/#friends> (дата обращения 12.02.2018).

Попова Ольга Евгеньевна - студентка 2 курса магистратуры, факультет государственное и муниципальной управление, Уральский институт управления, филиал РАНХиГС, 620144, г.Екатеринбург улица 8 Марта, 66м., ,тел: (343)2-517-399, эл. почта: che13641@gmail.com.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

Сиденкова А.П.¹, Сердюк О.В.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург,
² ГБУЗ СО «СОКПБ», Екатеринбург

Социально-демографические процессы современности характеризуются неуклонным старением населения, что детерминирует увеличение встречаемости медицинских проблем, ассоциированных с поздним возрастом. Результатом применения эпидемиологического и статистического методов явилась динамическая оценка демографических показателей Свердловской области и эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств этой же территории за период с 1995 по 2015 годы показала значимый рост случаев психических расстройств в общей популяции психически больных.

Ключевые слова: эпидемиология психических расстройств позднего возраста, встречаемость шизофрении, аффективных, невротических расстройств в позднем возрасте.

Mental disorders of late age: socio-demographic and epidemiological correlations

Sidenkova A.P.¹, Serdyuk O.V.²

¹ Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg
² ГБУЗ СО «СОКПБ», Yekaterinburg

Socio-demographic processes of modern times are characterized by the steady aging of the population, which determines the increase in incidence of medical problems associated with late age. The result of applying epidemiological and statistical methods was the dynamic estimation of demographic indicators of the Sverdlovsk region and the epidemiological assessment of mental disorders later in the same area for the period 1995 to 2015 showed a significant increase in the incidence of mental disorders in the General population of the mentally ill.

Keywords: epidemiology of mental disorders later age, the incidence of schizophrenia, affective disorders at a later age.

Введение

Современные социально-демографические процессы характеризуются резким иммиграционным приростом, естественной убылью населения, старением наций. По

прогнозам экспертов, доля лиц старшего возраста к 2025 г. составит 9,7 % всего населения Земли [1 - 3]. Демографические процессы, происходящие в передовых государствах Европы, Азии и США, свойственны нашей стране [1, 4, 5, 6]. Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения является выраженный рост числа людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей [2-9].

С увеличением возраста населения встречаемость психических расстройств, свойственных старшему периоду жизни, возрастает [2, 4, 10-17]. Эпидемиологические данные демонстрируют достоверно большую заболеваемость со значимым ежегодным приростом новых случаев психических расстройств в пожилом возрасте в сравнении с когортой 18-59 лет [10, 11]. По данным отечественных клинико-эпидемиологических исследований, более 80% пожилых лиц из общей популяции страдают разнообразными психическими расстройствами [4,11,12]. В современном российском городе распространенность психических расстройств среди пожилых горожан в два раза превышает показатели 80-90-х годов прошлого века [11]. По прогнозам отечественных и зарубежных исследователей, усугубление демографической старости и рост экономического, социального бремени возраст-специфических психических расстройств неизбежны в ближайшие десятилетия [2,3,5,8].

Наиболее распространенными (суммарно до 29—30 %) в старших популяциях оказались психические расстройства непсихотического уровня, обусловленные разнообразной органической патологией центральной нервной системы, аффективные заболевания различного генеза были выявлены у 23,2% обследованных, нарушения памяти различной степени выраженности суммарно отмечены у 27,4 % обследованного населения в возрасте 60 лет и старше [4,11]. Результаты исследований показывают достоверный рост показателей болезненности шизофренией и острыми психозами как в общей популяции пожилых, так и среди 60-69-летних госпитализированных в общесоматические стационары [10,17,18,19]. У госпитализированных старше 65 лет в 15-74% после оперативных вмешательств, в 60-80% случаях пребывания в отделениях интенсивной терапии, в 60% проживания в домах престарелых и, по крайней мере, у 80% пожилых лиц в конце жизни развивается делирий [20,21]. Самостоятельной медицинской и социальной проблемой являются тяжелые когнитивные расстройства пожилых. По данным ВОЗ [2,3], в 2005 г. деменцией страдали 0,379 %, в 2015 году - 0,441 % мирового населения, еще больший процент населения, 0,556 %, может быть поражен болезнью к 2030 г. В России в 2006 г. проживало 1 млн. 850 тысяч людей, страдающих деменцией: из них 1 млн. 126 тысяч с легкой степенью и 724 тысячи с умеренной и тяжелой степенью заболевания [4].

Актуализируя проблемы деменции, авторы указывают на ее сопряженность с высоким уровнем смертности [22,23,24]. В докладе ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранения в Европе смертность по причине болезни Альцгеймера и других деменций достигает показателя 0,28 на миллион населения, что составляет 3,4%, занимая при этом 6 – 7-е место в общей структуре смертности [2].

Психические расстройства позднего возраста, практически вне зависимости от их этиологии, выражено и стойко дезадаптируя самого больного, оказывают огромную нагрузку на родственников пациента, медицинский персонал, детерминируя потребность в специально организованной помощи [24-29].

Таким образом, увеличение в демографической структуре популяции лиц старших возрастных групп, рост числа психических расстройств, ассоциированных с поздним возрастом, значительные финансовые затраты семей этих больных и государства, связанные с данными расстройствами, актуализируют изучение психических расстройств пожилых.

Цель настоящего исследования - динамическая эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств в Свердловской области.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явились данные «Отчетов о заболеваниях психическим расстройствами» Свердловской области (форма №10 государственной статистической отчетности «годовая») с 1995 по 2015 годы, ежегодных отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области (Свердловскстат). Применены эпидемиологический и статистический методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показателей ежегодных годовых отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области показал, что демографические процессы в Свердловской области соответствуют общемировой демографической динамике. Ежегодный прирост доли лиц старших возрастных групп в общей структуре популяции, начиная с 2010 года, наращивает темпы с ежегодным статистически значимым ускорением (таб.1).

Таблица 1
Доля лиц старших возрастных групп в общей популяции Свердловской области

Год	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Доля лиц старше трудоспособного возраста	20,4%	20,7%	20,5%	22,4%*	23,0%	23,4%	23,8%	24,2%*	26,6%*

* $p < 0,5$

Статистические сведения, указанные в годовой форме № 10 «Отчета о заболеваниях психическим расстройством» Свердловской области показывают неуклонный рост доли лиц старше 60 лет, страдающих психическими расстройствами в общей популяции лиц, зарегистрированных в психиатрической службе. Проанализированы ежегодные отчеты службы за последние 20 лет (с 1995 по 2015 год), выявлено, что прирост удельного веса пожилых лиц с психической патологией увеличился практически вдвое, с 13,6% в 1995 году до 23,6% в 2015 году. Среди лиц с впервые установленным диагнозом произошел еще более значимый прирост пожилых больных: с 10,8% в 1995 году до 21,8% в 2015 году (таб.2).

Таблица 2
Удельный вес поздних психических расстройств в общем числе психических расстройств

Год	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
Доля больных старше 60 лет, зарегистрированных в течение года	13,56%	13,03%	13,89%	17,01%*	21,08%*	21,74%	22,71%*	23,62%*
Доля больных старше 60 лет с впервые установленным диагнозом	10,78%	10,19%	15,68%*	20,39%*	24,77%*	24,49%	23,89%	21,78%

* $p < 0,5$

Анализ структуры причин обращаемости за психиатрической помощью выявил прирост числа зарегистрированных в течение года случаев психических расстройств различной этиологии, так и случаев первичного обращения пожилыми гражданами за психиатрической помощью (таб.3).

Доля поздних психических расстройств в общей структуре зарегистрированных психических расстройств

Год	1995		2000		2005		2010		2015	
	% лиц > 60 лет от зарегистр	% лиц > 60лет от зарегистр. впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр. впервые	% лиц > 60 лет от числа зарегистр	% лиц > 60 лет от зарегистр впервые
Психозы	25,04 %	28,77 %	24,61 %	24,9%	26,28%	33,13 %	53,78 %	61,9%	75,95 %	79,44%
Шизофрения	17,5%	9,53%	20,5%	3,0%	16,38%	4,25%	18,35 %	12,46%	24,1%	8,58%
Аффективные психозы	Учтены в группе психозов	Учтены в группе психозов	31,41 %	31,39 %	21,84%	7,04%	41,93 %	24,39%	47,49 %	50,0%
Невротические расстройства	8,13%	5,38%	8,03%	6,74%	11,98%	9,52%	43,64 %	10,50%	19,12 %	15,77%

Показатели повторной и первичной обращаемости по основным видам психической патологии (органические и аффективные психозы, шизофрения, невротические расстройства) показывают интенсивный прирост случаев геронтологических обращений, что свидетельствует о влиянии демографических процессов на медицинскую практику.

Выводы

Динамическая оценка социально-демографических показателей Свердловской области и эпидемиологическая оценка поздних психических расстройств в Свердловской области за период с 1995 по 2015 годы показала значимый рост случаев психических расстройств в общей популяции психически больных, увеличение пожилых лиц среди впервые обратившихся за психиатрической помощью, что нашло отражение в общей эпидемиологической динамике наиболее значимых форм психической патологии.

Список литературы

1. Бреев Б.Д. К вопросу о старении населения и депопуляции // СОЦИС. - 1998. – N 2. - С. 62-63
2. Здоровье пожилых: Докл. Комитета экспертов ВОЗ. – Женева: Всемир. орг. здравоохранения, 2015 – 96с.
3. Доклад научной группы ВОЗ 8441: «Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения». – Европейское региональное бюро ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2015.
4. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.18 / Случевская София Федоровна. - С-П., 2008. – 28с.

5. Материалы международного семинара «Современная демография». - М.: МЗМПРФ, 2012
6. Антонов А.И. Семейные демографические тенденции и аналитические прогнозы, проблемы семейно-демографической политики в социальном государстве // Вестник Московского университета. №4, 2010 С.134-150
7. Статистический бюллетень Росстат. – М., 2014
8. Заридзе Д. Сверхвысокая смертность населения России / Д. Заридзе // Мед. вестник. - 2006. - № 18. - С. 4-5.
9. Свердловская область 2003-2007г. // Статистический сборник. - Екатеринбург, 2008. – 254 с.
10. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии / И.С. Гаврилова // Социальная и клиническая психиатрия. – М. – 2006. - Т 16 (3). - С. 5-11.
11. Зозуля Т.К. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи: автореф. дис. ... доктора мед. наук 14.00.18 / Зозуля Татьяна Викторовна. - Москва. -1998. - . 45 С.
12. Сафарова Т.П. Структура психической заболеваемости пациентов пожилого возраста, впервые обратившихся в психоневрологический диспансер и в городскую поликлинику / Т.П. Сафарова, В.С. Шешенин // Клин. геронтол. - 2007. - № 9. - С.56.
13. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста / А.П. Сиденкова // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 1. С. 44-49.
14. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 1 (47). С. 75-78.
15. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Березина Д.А. Медицинские, психологические, социальные, гендерные аспекты старения в современной России // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. № 2. С.302-309.
16. Агарков В.А. Развитие геронтологической помощи в Томской области / В.А. Агарков, Л.В. Варанкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2011. - №4(67). - С. 65-68
17. Семке А.В., Сиденкова А.П. Анализ распространенности и последствий когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп в Свердловской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 20-24.
18. Захаров В. Взаимосвязь когнитивных и первичных сенсорных нарушений в пожилом возрасте / В. Захаров // Врач. – 2010. - № 5. – репринт . – 4с.
19. Withanage A.N. Abstracts of the XXI World Congress of Neurology Dementia, delirium and aggressive behaviour (AB) among hospitalised elderly / A.N. Withanage, S. Wass, A. Foy // Journal of the Neurological Sciences. – 2013. – Vol. 333 (1). – P. 293.
20. Rockwood K. Alzheimer's Association International Conference 2013 Detection of distinct neuropsychiatric symptom clusters at early- versus late-stages of Alzheimer's disease / K. Rockwood, A. Mitnitski, M. Richard et. al. // Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. – 2013. – Vol. 9 (4). – P. 664-665.
21. Sahathevan R. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review / R. Sahathevan, A. Brodtmann, G.A. Donnan // International Journal of Stroke 2012. - Vol. 7. - Issue 1. - P.61-73
22. Сиденкова А.П. Психосоциальные причины низкой выявляемости и поздней диагностики когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп / А.П. Сиденкова, А.В. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - № 4 (51). - С. 11-14.
23. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Семке А.В. Комплексная диагностика и терапия деменций с бредом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. №1 (90). С. 54-58.
24. Сиденкова А.П. Деменции позднего возраста с позиций системного подхода. Психосоциальная модель поздних деменций / А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. – 2011. - № 11. - С. 44-48.
25. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: дис. д-ра мед. наук 14.01.06 / Сиденкова Алена Петровна. – Томск, 2010. – 440 с.

26. Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами // Психическое здоровье. 2016. – Т 14, №2 (117). - С. 13-19.

27. Сиденкова А.П. Динамический анализ социально-психологических факторов комплаенса длительной противодementной терапии// Психиатрия, 2016, №1 (69) С.27-34

28. World Health Organization Neurological Disorders: Public Health Challenges. — Switzerland: World Health Organization, 2006. — С. 204–207.

29. Salman K. Лечение психоза у лиц пожилого возраста / К. Salman, E. J. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. – Vol. 11. – P. 286–296.

Сиденкова Алена Петровна - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, тел (343)229-98-20, usma@usma.ru

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Степаненко Д.Г., Давыдов О.Д.

ГАОУ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург

В статье представлен протокол оценки двигательных функций у детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями, рассмотрены основные особенности его проведения, рассчитаны временные затраты на обследование. Представлены специальные шкалы для оценки детей с двигательными нарушениями и другие методы исследования.

Ключевые слова: протокол, оценка двигательных функций, детский церебральный паралич, двигательные нарушения, временные затраты.

Protocol for evaluation of motor functions in children with cerebral palsy and other motor disorders

Stepanenko D.G., Davydov O.D.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM», Ekaterinburg*

The article presents a Protocol of evaluation of motor functions in children with cerebral palsy and other motor disorders, considers the main features of its implementation, calculated the time spent on the examination. Special scales for the evaluation of children with motor disorders and other methods of research are presented.

Keywords: protocol, evaluation of motor functions, cerebral palsy, motor disorders, time costs.

Введение

В 2015 году в МКМЦ «Бонум» была организована научно-практическая лаборатория «Нейрореабилитации». Цель создания лаборатории - повышение эффективности, результативности и качества оказания нейрореабилитационной помощи детям с детским церебральным параличом (ДЦП) и другими двигательными нарушениями за счет совершенствования и внедрения научно обоснованных интегративных медико-социальных реабилитационных технологий.

В структуре научно-практической лаборатории (НПЛ) выделен отдел двигательной реабилитации и определены основные направления его деятельности. Это: 1) развитие методик высокотехнологичной медицинской помощи при ДЦП (внедрение новых технологий и оценка их эффективности, разработка эффективных программ восстановительного лечения детей в зависимости от возраста, степени тяжести, сопутствующей патологии); 2) развитие моделей комплексной реабилитации, критериев ее оценки (процессов, результатов, эффектов); системы оценок «реабилитационного потенциала».

Для решения практических задач, связанных с оценкой исходного состояния и функциональных возможностей пациента, определением целей, средств и методов реабилитационного воздействия, результата от проведенных реабилитационных мероприятий требовался «протокол оценки двигательных функций», включающий в себя диагностические стандартизированные методы и шкалы. Этот протокол должен был соответствовать требованиям: 1) получения максимально полной информации о состоянии двигательных функций (в качественных и количественных показателях); 2) оптимальных временных затрат на проведение обследования.

При анализе литературы нами не найдено протокола, полностью удовлетворяющего вышеуказанным требованиям.

Цель работы - разработать и апробировать протокол оценки двигательных функций у детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями для практической деятельности врача – невролога научно-практической лаборатории.

В качестве прототипа при разработке протокола использовали «алгоритм клинической оценки двигательных расстройств и нарушений мышечного тонуса при ДЦП», описанный в учебно-методическом пособии «Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом» [1].

В протокол включили:

- 1) оценку общего уровня формирования моторики;
- 2) оценку мануальных навыков;
- 3) оценку мышечной силы;
- 4) определение мышечного тонуса;
- 5) определение спастичности;
- 6) гониометрическое исследование движений в суставах нижних конечностей;
- 7) оценку двигательных навыков;
- 8) видеорегистрацию двигательной активности;

9) шкалу клинического наблюдения ходьбы.

Оценка общего уровня формирования моторики проводилась по шкале «Системы оценки глобальных моторных функций» - GMFCS [2].

Оценка мануальных навыков (MACS) [3] использовалась для описания «двуручной деятельности» у детей с 4 лет.

Оценка мышечной силы проводилась с использованием 6-балльной шкалы Medical Research Council (MRC) [1]. Тестировалась сила в 8 группах мышц, осуществляющих основные движения в суставах нижних конечностей: 1) в тазобедренном суставе - сгибание, разгибание, приведение и отведение; 2) в коленном суставе – сгибание и разгибание; 3) в голеностопном суставе – сгибание и разгибание. Сила мышц оценивалась в левой и правой нижней конечности.

Определение мышечного тонуса проводилось по 6-балльной модифицированной шкале Ashworth [1] при пассивном растяжении мышц нижних конечностей. Исследовались группы мышц, принимающие участие в сгибании, разгибании, приведении и отведении бедра, сгибании и разгибании голени, сгибании и разгибании стопы. Мышечный тонус оценивался в левой и правой нижней конечности.

Для определения спастичности мышц нижних конечностей использовалась модифицированная шкала Tardieu [1, 4]. Тестировались 3 группы мышц: аддукторы бедра, сгибатели голени, сгибатели стопы. Оценивалась реакция на растяжение мышц в зависимости от скорости движения: V1 - настолько медленно, насколько это возможно (минимизация рефлекса на растяжение); V3 - настолько быстро, насколько это возможно (провоцирование рефлекса на растяжение). Определялись 2 угла движения в суставах: R1 - угол остановки движения конечности при высокой скорости исследования V3; R2 – угол остановки движения конечности при скорости V1. Измерение величины угла R1 давало возможность в исследуемых группах мышц выявлять спастичность, обусловленную повышенным рефлексом на растяжение. Вычисление разницы значений между показателями R2 и R1 позволяло проводить дифференциальную диагностику между динамической (>10 - 15°) и фиксированной контрактурами. Тестирование - в левой и правой нижней конечности.

Гониометрическое исследование движений в суставах нижних конечностей проводили по методике, описанной в учебно-методическом пособии «Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом» [1, 5]. В тазобедренном суставе определяли максимально возможные углы сгибания, разгибания и

отведения. В коленном и голеностопном суставах - углы сгибания и разгибания. Измерение проводилось в левой и правой нижней конечности.

Для оценки двигательных навыков использовали «Шкалу измерения глобальных моторных функций 66» (GMFM - 66) детям с 4 лет [1]. Данная «Шкала» представляет собой список из 66 моторных навыков, объединенных в крупные блоки: движения и перемещения в положении лежа, сидя; ползание, ходьба, бег и прыжки, с оценкой каждого навыка по 4-х балльной системе в соответствии с инструкцией проведения теста [6].

Видеорегистрация двигательной активности. На цифровую видеокамеру записывался акт самостоятельной ходьбы (пациенты 1-3 уровней GMFCS) и ходьбы с использованием поддержки (пациенты с 4 уровнем GMFCS). Просмотр видеоматериалов в замедленном режиме воспроизведения позволял более качественно оценивать характеристики движения и проводить оценку по шкале клинического наблюдения ходьбы (Observational Gait Scale) [1].

Сформированный протокол был апробирован при оценке двигательных функций у 328 пациентов с ДЦП и другими двигательными нарушениями, направленных на реабилитацию в МКМЦ «Бонум» в 2015 – 2017 г.г.

Клиническая оценка двигательных расстройств согласно протоколу проводилась всем детям в начале и в конце каждого курса реабилитации.

Получаемая информация позволяла оценивать исходное состояние пациента, формировать реабилитационный диагноз (список проблем пациента, связанных с нарушением функций и, частично активности и участия, представленный в категориях МКФ), определять реабилитационные задачи и средства воздействия, оценивать результат от проведенных реабилитационных мероприятий.

Нами проведен хронометраж временных затрат (табл.). Время, затрачиваемое на проведение обследования по протоколу, составляло в среднем от 41 до 72 минут (до лечения), 27 – 33 минуты (после лечения).

Хронометраж временных затрат на проведение обследования по предлагаемому протоколу

№	Тест	Время исследования (мин.)	
		До лечения	После лечения
1	Оценка общего уровня формирования моторики (GMFCS)	2	-
2	Оценка мануальных навыков (MACS)	2	-
3	Оценка мышечной силы (MRC)	3-5	3-5
4	Определение мышечного тонуса (по Ashworth)	3-5	3-5
5	Определение спастичности (по Tardieu)	3-5	3-5
6	Гониометрия	5	5
7	Оценка двигательных навыков (GMFM - 66)	15-40	5
8	Видеорегистрация	5	5
9	Шкала клинического наблюдения ходьбы	3	3
Всего:		41-72	27-33

Таким образом, сформированный нами протокол оценки двигательных функций у детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями может быть рекомендован для практической деятельности врача – невролога лаборатории двигательной реабилитации, а также врача – невролога отделений и центров медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, в частности с детским церебральным параличом.

Список литературы

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Куренков А.Л., Ключкова О.А., Каримова Х.М., Мамедъяров А.М., Жердев К.В., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учеб. -метод. пособие / Баранов А.А. [и др.]; Федеральное гос. бюджетное науч. учреждение Науч. центр здоровья детей. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 84 с.
2. Palisano R., Rosenbaum P.L., Walter S., Russell D., Wood E., Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997; 39 (4): 214–223.
3. Ключкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М., Жердев К.В. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации// Вестник РАМН. 2013. – Т. 11. – С. 38-48.
4. Tardieu G., Shentoub S., Delarue R. Research on a technique for measurement of spasticity. *Rev Neurol (Paris).* 1954; 91 (2): 143-4.
5. Куренков А.Л., Носко А. С., Ключкова О. А., Намазова-Баранова Л.С., Кузенкова Л.М., Мамедъяров А.М., Зыков В.П., Бурсагова Б.И. Методы оценки моторного развития ребенка со спастическими формами ДЦП при выборе мышц-мишеней для инъекций препарата ботулинического токсина типа А. Метод. рук-во для врачей. М. 2013. 30 с.

6. Рассел Д. Руководство по оценке крупных моторных функций у детей с тяжелыми двигательными нарушениями (по шкале GMFM-66 и GMFM-88) [Текст] : пер. с англ. / Д. Рассел ; под общ. ред. Г. М. Загородного. - Минск : БелМАПО, 2010. - 112 с.

Степаненко Дмитрий Геннадьевич – д.м.н., врач-невролог, заведующий научно-практической лабораторией «Нейрореабилитации» ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620149, г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, 9а, тел: 8(343)2877770, stepanenko@bonum.info

РАЗВИТИЕ КОМПЛЕМЕНТАРНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ВРОЖДЕННОГО ДЕФЕКТА ВНЕШНОСТИ КАК НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Утемова О.Л., Блохина С.И., Диомидов И.А., Алферова М.А.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург

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

Представлены теоретические и практические обоснования развития детской косметологии как определенного направления комплементарности хирургического пособия при врожденных дефектах внешности у детей. Обоснован клиничко - функциональный алгоритм междисциплинарного подхода к хирургической реабилитации пациентов детского возраста. Определен комплексный показатель качества устранения внешних дефектов лица, и проведен анализ удовлетворенности пациентов и их родителей разработанной тактикой лечебных и реабилитационных мероприятий. Мультидисциплинарная оценка результатов реабилитации подтверждена многолетним опытом хирургической и косметологической помощи детям с врожденными доброкачественными сосудистыми образованиями челюстно-лицевой области. Предложена модель комплексной реабилитации на основе динамического наблюдения детей с врожденными дефектами внешности, направленная на получение оптимальных клиничко - функциональных, эстетических и психоэмоциональных результатов..

Ключевые слова: проблематика развития детской косметологии, комплементарность как необходимая составляющая комплексного подхода в детской хирургии при врожденных дефектах внешности, психоэмоциональное состояние, параметры удовлетворенности родителей после устраненного дефекта у детей.

Surgical rehabilitation complementarities development in the presence of birth facial deformities as a trend of pediatrics cosmetology

Utemova O.L., Blokhina S.I., Diomidov I.A., Alferova M.A.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM», Ekaterinburg*

The theoretical and practical grounding of pediatrics cosmetology development as a certain trend of surgical aid complementarities in case of birth facial deformities in the children are introduced. The clinical and functional algorithm of inter-disciplinary approach to surgical rehabilitation of pediatrics patients is proved. The complex index of the quality of external facial defects repair is determined and analysis of patients' and their parents' satisfaction with the tactics of treatment and rehabilitation measures is performed. Multidisciplinary assessment of rehabilitation results is confirmed by the long-term experience of surgical and cosmetology aid to children with birth non-cancerous vascular tumors of maxillo-facial area. The

complex rehabilitation model based on case follow-up of the children with birth facial deformities, aimed to obtain optimal clinical, functional, aesthetic and psycho emotional results, is suggested.

Keywords: pediatrics cosmetology development issues, complementarities as an essential component of complex approach in pediatrics surgery in case of birth facial deformities, psycho emotional state, parents' satisfaction parameters after defect repair in children.

Введение

Многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Бонум» оказывает специализированную высокотехнологичную помощь детям с тяжелыми нарушениями здоровья, в том числе детям с врожденной челюстно-лицевой патологией. В системе хирургической реабилитации пациентов с указанной патологией важное место занимает косметологическое пособие. При этом используемые технологии, применяемые в общей косметологии, рассматриваются как целый комплекс послеоперационных процедур в раннем и отсроченном периоде, и могут быть адаптированы в детской косметологии как в теоретическом, так и практическом плане.

Литературный поиск (2008 - 2016 гг.) подчеркнул отсутствие тенденций и особенностей косметологической помощи детям после оперативного устранения врожденных дефектов лица и шеи. Нет достаточных данных о сформированной системе детской косметологической практики, не представлен комплекс и объем технологий для детей - пациентов косметологического профиля. В работе хирурга преобладает традиционная схема послеоперационного ведения пациентов: анестезиолог - пластический хирург - физиотерапевт. Но не представлена тактика детского врача-косметолога на завершающем этапе хирургической реабилитации.

В настоящее время в России регистрируются единичные кабинеты детской косметологии в салонах красоты и отсутствует доказательная информация о практике детского врача - косметолога в клиниках хирургического профиля.

В сферу интересов косметологической службы МКМЦ «Бонум» входит изучение тактики реабилитации детей врачом-косметологом после проведенных оперативных вмешательств по поводу врожденных челюстно-лицевых дефектов, гемангиом, невусов.

Основной задачей данного исследования является повышение качества реабилитации детей с врожденными дефектами головы и шеи путем формирования системы комплементарности хирургического пособия за счет развития деятельности врача - детского косметолога, а также совершенствование методик оценки результатов реабилитации.

Предлагаемый подход к комплементарности хирургической реабилитации, на наш взгляд, позволит добиться значительных результатов в устранении остаточных дефектов кожных покровов и определить основные принципы развития детской косметологии.

В данной статье предполагается рассмотреть вопросы комплементарности в детской косметологической практике на примере устранения последствий иссечения доброкачественных сосудистых опухолей - гемангиом.

Гемангиомы характеризуются довольно быстрым ростом, особенно в детском возрасте и, как правило, обнаруживаются после рождения (в 78,8 - 90% случаев) или в первые месяцы жизни [1]. Разрастаясь, гемангиомы разрушают окружающие ткани, что приводит к значительным косметическим дефектам. Особенностью гемангиом является непредсказуемость их «поведения». Так, в течение 2-3 недель небольшая гемангиома может превратиться в обширное и глубокое образование. Иногда после достижения ребенком возраста шести месяцев рост опухоли может замедляться (явление спонтанной регрессии). Однако дальнейшее развитие гемангиомы все же остается непредсказуемым, поэтому рекомендуют начинать лечение, как можно раньше [2].

Цель исследования – определяется необходимостью улучшения функциональных и эстетических результатов хирургического лечения детей с врожденными дефектами внешности челюстно-лицевой области за счет развития и совершенствования комплекса технологий в раннем и отсроченном послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

В Центре «Бонум» в отделении терапевтической косметологии проведено обследование пациентов, получивших хирургическое лечение сосудистых аномалий в 2006-2016 гг. В исследование были включены 248 детей в возрастной группе от 6 мес. до 4-х лет с сосудистыми аномалиями лица и шеи после различных методов хирургического воздействия, проведенных для устранения данных дефектов.

Получены положительные исходы хирургического вмешательства. Однако отдаленные результаты не изучались, работа по профилактике и косметологической коррекции рубцовых изменений после хирургического вмешательства не проводилась. В исследование включены группа детей (60 пациентов), а также группа их родителей (60 человек) для анкетирования и интервьюирования по поводу результативности лечения своего ребенка. На момент изучения отдаленных результатов возраст пациентов был в диапазоне от 4 до 8 лет (70% - жители Свердловской области, 30% - жители г. Екатеринбурга).

Совместно с пластическим хирургом был проведен клинический осмотр данной группы пациентов. В группу исследования вошли пациенты, относящиеся ко 2-му классу по

классификации клинических ситуаций по степени риска [3], т.е. с наличием риска развития нежелательных исходов косметического характера, но с отсутствием риска для развития осложнений, связанных с угрозой функциям и жизни пациента.

Распределение исследуемых случаев лечения гемангиом по способу проведенного хирургического вмешательства [4] представлено следующим образом:

- 15 случаев - склерозирующая терапия;
- 25 случаев - лазеркоагуляции,
- 20 случаев - хирургическое иссечение,
- 18 случаев - комбинированная терапия.

С помощью дерматоскопии на дермокамере «Арамо» оценены результаты состояния кожного покрова (эластичности, пигментации, чувствительности) в 78 случаях после удаления гемангиом и зафиксированы в компьютерной программе «SrinXPro» (заполнены карты пациента и описаны результаты в сравнении со стандартными значениями).

Для физикального анализа рубцовых изменений использовали усовершенствованную 10-балльную шкалу POSAS, которая включает в себя оценку врачом характеристик васкуляризации, пигментации, толщины рубца, рельефа его поверхности, эластичности, площади рубца относительно исходной раны и оценку пациентом по параметрам болезненности, окраски кожных покровов, их плотности и толщины.

Анкетирование родителей удовлетворенностью результатами операций проведено с помощью стандартизованных анкет.

Результаты исследования и их обсуждение

Построение алгоритма действий врача косметолога в рамках реабилитационных программ после проведенных хирургических вмешательств по устранению внешних дефектов лица и шеи включало в себя несколько этапов.

Первый этап – создание оптимально удобной и объективизирующей оценочной шкалы состояния кожных покровов после оперативных вмешательств. С этой целью были рассмотрены оценочные возможности нескольких шкал: Ванкуверской, шкалы POSAS, Манчестерской и шкалы оценки рубцов Stony Brook. Наиболее удобной в использовании, на наш взгляд, явилась шкала POSAS, дополненная оценочными критериями (цвет, плотность и текстура кожи, характеристики рубца, контрактура). По степени выраженности кожного дефекта оценочные баллы нами предложено разделить на три группы: максимальная степень (8-10 баллов), умеренная степень (5-7 баллов), минимальная степень (до 5 баллов).

Для полноты оценки послеоперационных результатов и изучения степени субъективной удовлетворенности пациента и родителей послеоперационным состоянием кожных покровов была разработана анкета. Она включала 23 вопроса, характеризующих качество проведенного лечения ребенка (физический и эмоциональный комфорт в послеоперационном периоде, результативность, болевые ощущения, продолжительность восстановительного периода, остаточные характеристики кожных покровов после иссечения гемангиомы).

Второй этап – комплексная (объективная и субъективная) оценка состояния кожных покровов и удовлетворенности исходами операции пациентов и их родителей в обследуемых группах.

По результатам комплексной оценки из 60-ти опрошенных 25% пациентов и их родителей максимально удовлетворены исходами оперативного вмешательства, что соответствовало минимальной степени выраженности кожного дефекта в послеоперационный период (первая категория по шкале POSAS); 55% - удовлетворены результатом хирургического лечения, но предполагают дальнейшее наблюдение у косметолога, что соответствовало умеренной степени выраженности кожного дефекта (вторая категория по шкале POSAS); 20% - не удовлетворены результатом и намерены пройти повторную хирургическую коррекцию, что соответствовало максимальной степени выраженности кожного дефекта (третья категория по шкале POSAS).

Комплексная оценка полученных данных показала удовлетворенность качеством результатов в 98% случаев. Однако при этом 80% опрошенных пациентов и их родителей желали получить курс послеоперационной косметологической коррекции и дальнейшего наблюдения у детского врача -косметолога.

Таким образом, подтверждена необходимость комплементарности хирургического лечения внешних дефектов лица и шеи у детей за счет развития косметологической реабилитации в виде динамического наблюдения исследуемой группы пациентов. Данный подход позволяет расширить число участников реабилитационного процесса с включением детского психолога, социального работника и других специалистов, активизировать партнерство команды реабилитологов и семьи ребенка-пациента.

Третий этап – построение тактики динамического наблюдения детского врача – косметолога на основе дифференциации оценки по категориям шкалы POSAS.

Для первой категории предлагается динамическое наблюдение, в том числе консультация врача - косметолога с проведением дерматоскопии 1 раз в 6 мес. в течение первых 2-х лет после операции. Рекомендованы средства косметической защиты с целью

предотвращения появления пигментации в послеоперационных зонах (наружный уход - крем на основе декспантенола).

Для второй категории пациентов рекомендовано динамическое наблюдение, в том числе консультация врача-косметолога в раннем послеоперационном периоде (1 посещение в месяц в течение трех месяцев; затем 1 раз в 3 месяца - в течение года) с проведением дерматоскопии для исключения признаков роста рубцовой ткани.

Одновременно даются рекомендации по проведению солнцезащитных мероприятий с использованием косметических уходовых средств (бепантен, толеран ультра, сикапласт).

Для третьей категории пациентов показано динамическое наблюдение, в том числе консультация врача - косметолога и дерматоскопическое исследование 1 раз в 6 месяцев. Рекомендованы средства косметической защиты кожи ребенка и препараты противорубцового действия.

Традиционная линейка подобных препаратов (контрактубекс, декатрикс, ферменкол) оказывается малоэффективной из-за их недостаточной проникающей способности через кожные покровы [5]. Поэтому нами предлагается к применению более эффективные препараты Фактор G и Мезо Сит К для профилактики послеоперационных дефектов с учетом возраста, гормонального фона и защитных свойств кожи пациента.

Специальная технология инкапсулирования в нанолипосомы активных компонентов (фактор роста TGF- β 33, супероксиддисмутаза, экстракт лука, пантенол, витамин С стабилизированный, ресвератрол, медь, цинк, кварцетин, гиалуроновая кислота) способствует более высокой проникающей способности данных препаратов и обеспечивает пролонгированное действие в тканях. Препараты используются у детей с 3-х лет и разрешены в косметологической практике на территории РФ.

Нами определена соответствующая схема косметологических уходовых процедур с использованием указанных препаратов для третьей категории пациентов (табл.). Наблюдение у врача косметолога начинается с 21-х суток после оперативного вмешательства, режим наблюдения зависит от исхода операций (в соответствии с категориями по шкале POSAS), индивидуальных, в том числе возрастных, особенностей организма и степени субъективной удовлетворенности пациента.

Тактика детского врача-косметолога по проведению уходовых процедур на завершающем этапе хирургической реабилитации в системе динамического наблюдения пациентов

Варианты реабилитации	Тактика
1. Повторная хирургическая коррекция (в возрасте 5-6 лет при наличии остаточного кожного дефекта)	Использование линейки наружных средств на основе растительных факторов роста TGF- b33 (Фактор G, Сесдерма, Испания)
2. Динамическое наблюдение	Использование линейки наружных средств на основе растительных факторов роста TGF- b33 (Мезо Сит К, Сесдерма, Испания) с помощью применения техники микронидлинга (с 3-го месяца после оперативного вмешательства)

Заключение

Предложенный алгоритм действий врача - косметолога в рамках реабилитационных программ после проведенных хирургических вмешательств по устранению внешних дефектов лица и шеи у детей требует конкретизации вариантов этапных реабилитационных мероприятий и может стать основой диагностического стандарта в системе комплементарности косметологических процедур в послеоперационном периоде.

С учетом того, что предложенная тактика работы врача - косметолога является завершающим этапом хирургической реабилитации детей с врожденными доброкачественными сосудистыми аномалиями с локализацией на лице и шее, она логически обосновывает развитие детской косметологии в разных возрастных периодах и стратегически улучшает прогноз устранения врожденного дефекта внешности.

Список литературы

1. Виссарионов В.А. Устранение деформаций верхней губы и носа после хейлопластики. / Виссарионов В.А., Мустафаев М.Ш.
2. Москалева Т.В. Современные методы лечения инфантильных гемангиом у детей / Здоровье ребенка. №2 (70), 2016. Москалева Т.В., Баркалова Э.Л., Латышов К.В., Веселый С.В.
3. Макарова Н.Н. Основные факторы, влияющие на развитие рынка платных медицинских услуг в России
4. Юцковская Я.А. Правовые аспекты деятельности врача эстетической дерматологии / Вестник Росздравнадзора. №3, 2009.
5. Токарев П.В. Комплексный подход в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в республике Татарстан / Вестник современной клинической медицины. Т.8. Вып. 3, 2015. Токарев П.В., Шулаев А.В., Плаксина Л.В.
6. Воронков А.В. Современные подходы фармакологической коррекции патологических рубцов / Фундаментальные исследования. №3, 2014. Воронков А.В., Степанова Э.ф., Жидкова Ю.Ю., Гамзелева О.Ю.

7. Красильникова О.Н. Медико-организационные аспекты совершенствования медицинской помощи населению с болезнями и возрастными изменениями кожи / Российский медико-биологический вестник им. И.П.Павлова. №2, 2016.
8. Макарова Н.Н. Основные факторы, влияющие на развитие рынка платных медицинских услуг в России
9. Шепитько В.И. Возрастные аспекты строения лица человека / Шепитько В.И., Ерошенко Г.А., Лисаченко О.Д. Полтава: ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия».
10. Леонов А.Г. Развитие комплексной помощи детям раннего возраста с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Пермский медицинский журнал. Т.25. №5, 2008. Леонов А.Г., Баранская Л.Т., Ионова Ж.В.
11. Ермолаева Е.В. Развитие косметологии в России / Бюллетень медицинских Интернет – конференций. Т.6. №1, 2016.
12. Диомидов И.А. Развитие лазерной технологии комбинированного лечения детей с сосудистыми аномалиями лица. Дисс... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2014.
13. Вивчарук В.П. Современные возможности в хирургическом лечении обширных гемангиом у детей / Медицина неотложных состояний. №4 (67), 2015. Вивчарук В.П., Пашенко Ю.В.
14. Баранская Л.Т. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. / Екатеринбург: «СВ-96», 2005. 128 с. Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И.
15. Левченко А.В. Гель для лечения, профилактики образования келоидных и гипертрофических рубцов кожи и способ его получения (Описание изобретения к патенту) / RU2377975. Дата начала отсчета срока действия патента: 24.03.2008. Левченко А.В., Ефременко В.И., Левченко Н.В., Ефременко Д.В., Ефременко А.А.

Утемова Ольга Леонидовна – врач – дерматовенеролог, косметолог ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬЮ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Казакова Л.А., Набойченко Е.С.

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

В статье описаны результаты экспериментального исследования, которое включало в себя изучение особенностей проявления девиантного поведения у подростков с парциальной несформированностью ВПФ. Проведена оценка качества адаптации программы психолого-социальной коррекции, которая в сочетании с медицинским сопровождением позволяет нивелировать (профилактировать) девиантные формы поведения у подростков с парциальной несформированностью ВПФ.

Ключевые слова: девиантное поведение, парциальная несформированность, , когнитивные нарушения, психокоррекция, дезадаптация.

Psycho correction of deviant forms of behavior in adolescents with particular insecurity of higher mental functions

Kazakova L.A., Naboychenko E.S.

Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

The article describes the results of an empirical study, which includes the study of the peculiarities of deviant behavior in adolescents with the partial non-formation of the VFF. An appraisal of the adaptation of the program of psychological and social correction, which in combination with medical support will allow to level or, on the whole, to prevent deviant forms of behavior in adolescents with partial unformed higher mental functions.

Keywords: deviant behavior, partial unformed,, cognitive impairment, psychocorrection, disadaptation.

Актуальность

В жизни каждого из нас часто встречаются проблемы отклоняющегося поведения – агрессия, вредные привычки, эмоциональные вспышки и т.д. В период подросткового

возраста эти состояния проявляются особенно ярко, могут выражаться в форме своеобразного протеста: уход из дома, агрессивные состояния, что в психологии принято называть девиантным поведением.

Все эти проявления могут прогрессировать, если у подростка имеются легкие когнитивные нарушения, которые в клинической психологии называются «парциальная несформированность высших психических функций (ВПФ)».

Актуальность исследования определяется потребностью в эффективных способах психокоррекции данных состояний и девиантного поведения в целом. Особое значение психокоррекция имеет для подростков с парциальной несформированностью ВПФ.

В психологической науке значительное количество исследований посвящено практическому изучению девиантного поведения подростков, у которых нет когнитивных проблем. В основном эти исследования носят диагностический и коррекционный аспект описания работы с ними [1]. Данное исследование отличается тем, что включает в себя изучение особенностей проявления девиантного поведения у подростков с парциальной несформированностью ВПФ, которые имеют когнитивные проблемы различной степени тяжести

Известно, что подростковый возраст считается достаточно «опасным» в плане проявлений, связанных с нейроэндокринными сдвигами и различными социально-поведенческими феноменами, которые считаются естественными для этого периода [2].

Объект исследования: девиантное поведение подростков с парциальной несформированностью ВПФ.

Предмет: психокоррекция эмоционально-волевой сферы подростков с парциальной несформированностью ВПФ.

Гипотеза: парциальная несформированность проявляется в специфичности (незрелости) эмоционально-волевой сферы, в преобладании повышенного уровня агрессивности, враждебности, в недостаточной адекватности восприятия окружающего, следовательно разработка программы психолога - социальной коррекции в сочетании с медицинским сопровождением позволит профилактировать девиантное поведение у этих подростков.

Цель исследования - разработка и адаптация программы психолога - социальной коррекции, которая в сочетании с медицинским сопровождением позволит

нивелировать (профилактировать) девиантные формы поведения у подростков с парциальной несформированностью ВПФ.

Методы исследования: клиническое интервьюирование, экспериментально-психологические методы, оценка эффективности психокоррекционного воздействия.

Для проведения исследования были использованы такие методики, как: Хэнд-тест, Баса-Дарки, а также методика Склонности к девиантному поведению Э.В. Леус. С целью установления достоверности полученных данных, использовались методы математико-статистической обработки данных в программе STATISTICA 10. Используются критерии Манна-Уитни, критерий Вилкоксона.

Эмпирическая база исследования

Исследование проводилось на базе Государственного казенного общеобразовательного учреждения Свердловской области "Екатеринбургской школы-интерната № 12, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы". В исследовании приняли участие 30 человек, подростки 13-15 лет. Из которых 15 человек составила экспериментальная группа, а 15 человек - контрольная группа. Средний показатель по Тесту интеллекта Векслера 80 баллов, что свидетельствует о парциальной несформированности ВПФ у данных подростков.

В экспериментальной и контрольной группе была проведена психодиагностика методиками Хэнд-тест, Баса-Дарки, а также методика склонности к девиантному поведению Э.В. Леус.

В экспериментальной группе занятия проводились в течение двух месяцев, по два занятия в неделю в виде тренинга, общее количество 16 занятий по 45 минут.

Анализируя обзор отечественных и зарубежных литературных источников мы пришли к выводу о том, что девиантное (отклоняющееся) поведение — это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

В нашей работе мы опирались на классификацию Е.В. Змановской [3], согласно классификации выделены три основных группы отклоняющегося поведения (основана на таких ведущих критериях, как вид нарушаемой нормы и негативные последствия отклоняющегося поведения):

1. Антисоциальное (делинквентное) поведение - это поведение, противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих

людей. Оно подразумевает любые действия или бездействия, запрещенные законодательством.

2. Асоциальное поведение - это поведение, уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений. В подростковом возрасте наиболее распространены уходы из дома, бродяжничество, школьные прогулы или отказ от обучения, ложь, агрессивное поведение, промискуитет (беспорядочные половые связи), граффити (настенные рисунки и надписи непристойного характера), субкультурные девиации (сленг, шрамирование, татуировки, пирсинг). Границы асоциального поведения особенно изменчивы, поскольку оно более других поведенческих девиаций находится под влиянием культуры и времени.

3. Аутодеструктивное (саморазрушительное поведение) - это поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности. Спецификой аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте являются его опосредованность групповым ценностям. Группа, в которую включен подросток, может порождать следующие формы аутодеструкции: наркозависимое поведение, самопорезы, компьютерную зависимость, пищевые аддикции, суицидальное поведение. В детском возрасте имеют место курение и токсикомания, но в целом для данного возраста аутодеструкция малохарактерна.

В нашем исследовании участие приняли подростки в возрасте (от 13 лет 6 месяцев до 15 лет 4 месяцев) с парциальной несформированностью ВПФ смешанного типа, что предполагает недостаточность как регуляторного, так и когнитивного компонентов деятельности. Поскольку оба компонента являются основными составляющими познавательной деятельности, понятно, что в данном случае, при такой форме парциальной несформированности подростки демонстрировали нарушения познавательной деятельности (иными словами — интеллектуальную недостаточность), чем подростки других категорий. Парциальная несформированность ВПФ смешанного генеза проявляется в операциональных нарушениях деятельности, таких как, нарушения работоспособности, темповыми характеристиками, повышено пресыщаемостью и истощаемостью (низкими нейродинамическими показателями) проявляется в несформированном регуляторном и когнитивном компонентах деятельности в целом.

Результаты исследования и их обсуждение

Снижение показателей в экспериментальной группе по шкале Общая агрессивность свидетельствует о том, что у подростков была снижена вероятность проявления открытой агрессии в поведении, повышении способности приспосабливаться к окружающим и вести себя адекватно сложившейся ситуации. Также по шкале «Зависимое поведение» мы увидели снижение показателей табакокурение, алкоголь, злоупотребление различными психоактивными веществами. Было доказано, что после проведенной психокоррекционной программы у подростков было снижено самоповреждающее (аутоагрессивное) поведение, в частности были снижены такие нарушения в поведении как агрессивное поведение, вербальная и физическая агрессия, проявления враждебности, дерзости. Подростки экспериментальной группы после курса психокоррекции стали меньше прогуливать без уважительной причины школьные занятия. Социально- обусловленное поведение у этих подростков имело характер адаптивного поведения, приближенного к норме. Физическая и вербальная агрессия подростков была снижена. Косвенная агрессия проявляющаяся в форме порчи имущества, нанесения ударов по окружающим предметам была снижена не столь значительно. Проявления негативизма, как формы пассивного сопротивления, а также активной борьбы против установленных обычаев также уменьшены.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: что после психокоррекционной работы, проведенной в виде тренингов в экспериментальной группе показатели девиантного поведения (Зависимое поведение, социально-обусловленное поведение, самоповреждающее поведение, физическая и вербальная агрессия, косвенная агрессия, негативизм) по всем заявленным шкалам существенно снизились. Подростки стали меньше проявлять раздражение, вспыльчивость, грубость. Стали более доверительны к окружающим и чувствуют меньшую озлобленность. Отмечается улучшение отношения к самому себе, снижение ощущения угрызений совести.

Заключение

Подростковый возраст является наиболее опасным в плане проявления девиантных и делинквентных форм поведения. Парциальная несформированность ВПФ смешанного генеза в подростковом возрасте проявляется помимо когнитивных нарушений агрессивным поведением, эмоционально- волевой нестабильностью, аффективными вспышками, что приводит к проблемам в коммуникативном плане и нарушает социальную адаптацию в обществе в целом.

Таким образом, гипотеза о том, что парциальная несформированность имеет специфичность, которая выражается в виде незрелости эмоционально-волевой сферы, нарушении социально-психологической адаптации, отягощенной когнитивными нарушениями, а у подростков с девиантным поведением и парциальной несформированностью «заостряются» такие особенности, как: повышенный уровень агрессивности, враждебности, недостаточная адекватность восприятия окружающего. Все это требует разработки и адаптации программы психолого - социальной коррекции, которая имеет свою специфику, с учетом вышеперечисленных особенностей. Только в сочетании с медицинским сопровождением возможно корректировать и профилактировать девиантное поведение у этих подростков.

Список литературы

1. Заика Е.В. Психологическая характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением / Е.В. Заика- М: Речь— 1990. № 4. - С. 83-91.
2. Айхорн А. Трудный подросток. [Текст] / А. Ахорн- М. : Апрель Прес: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 220 с.
3. Змановская Е.В. Девиантология.: Учеб.пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений.- 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с.Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития – СПб6 СпецЛит, 2013 – 469 с.

Казакова Людмила Алексеевна - ассистент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО УГМУ , г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17, третий учебный корпус УГМУ, 8(343) 214-87-91, ludmilakazakova@mail.ru

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Рудаков А.В., Елькин И.О.

ГАОУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия

Сестринское дело сегодня - это самостоятельная отрасль здравоохранения, с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями. С целью изучения социальных и психологических характеристик современного специалиста среднего звена по разработанной анкете методом интервьюирования были опрошены 80 медицинских сестер, что позволило сделать вывод о высоком влиянии личностных факторов и социальных характеристик медицинских сестер на эффективность и результативность профессиональной деятельности.

Ключевые слова: сестринское дело, социальные ценности, жизненный уровень, самооценка, стрессоустойчивость.

Some aspects of social-psychological status of nurses in Yekaterinburg

Rudakov A.V., Elkin I.O.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM»*

For the purpose of studying of social and psychological characteristics of the modern expert of an average link under the developed questionnaire the method of interviewing has interviewed 80 nurses that has allowed to draw a conclusion on high influence of personal factors and social characteristics of nurses on efficiency and effectiveness of professional activity.

Keywords: nurse business, social values, living standards, self-assessment, resistance to stress.

Введение

На современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкуренции на рынке труда, социальных стрессов, растут требования, предъявляемые к профессионализму личности. Однако далеко не каждый может адаптироваться, эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность и социальную роль, а потому возрастает вероятность развития неблагоприятных психических состояний [1].

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс.

Эмоции, как правило, амбивалентны: удовлетворение по поводу успешно проведенной операции или лечения, чувство собственной значимости, сопричастности другим людям, одобрение и уважение коллег; но и сожаление, угнетение из-за неправильного диагноза или ошибки в лечении, зависть к преуспевающим коллегам, разочарование в профессии и т.п. [2]. Пожалуй, самое страшное в медицинском работнике - это равнодушие, являющееся признаком интеллектуальной ограниченности и эмоциональной "тупости". Равнодушие к людям и их страданиям - качество, несовместимое с профессией медицинского работника [3].

Медицинские сестры всегда занимают особое положение в сложной структуре социальной группы медицинских работников. Они всегда олицетворяли идеалы милосердия, сострадания, помощи каждому в ней нуждающемуся. Однако, современная эпоха предъявляет к профессии медицинской сестры новые требования, прежде всего, в сфере освоения новых медицинских технологий. В области здравоохранения развитых стран произошло сближение деятельности медицинской сестры с деятельностью врача, что привело, к изменению моделей сестринского дела, увеличению численности данной профессиональной группы, изменению характера и продолжительности профессионального образования и, в конечном итоге, к повышению социального статуса данной категории медицинского персонала, что проявляется как в росте заработной платы, так и в престиже профессии [4].

Уходит в прошлое взгляд на деятельность медицинской сестры как пассивного помощника врача, выполняющего его предписания. Сестринское дело сегодня - это самостоятельная отрасль здравоохранения, с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями как по реабилитации больных, так и по повышению качества их жизни [5].

С целью изучения социальных и психологических характеристик современного специалиста среднего звена по специально разработанной анкете методом интервьюирования были опрошены 80 медицинских сестер, представляющих здравоохранение Екатеринбурга. Анкетирование проводилось студентами кафедр клинической психологии ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» и ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Возраст 87,5% опрошенных медсестер составлял от 30 до 54 лет, каждая восьмая медсестра была до 30 лет, три женщины были старше 55 лет. Среднее специальное

образование было у 86,3% опрошенных медсестер, высшее образование (в т. ч. и не медицинское) — у каждой седьмой.

Основным занятием в настоящее время 85% сестер считают работу по найму, 7,5% учатся заочно, 5% работают самостоятельно (не в качестве помощника врача).

На вопрос: «каким требованиям должна удовлетворять работа?» 71,3% респондентов ответили «соответствовать моим знаниям и умениям»; 68,8% — «высоко оплачиваться»; 57,5% — «быть интересной и творческой». Ответы «давать возможность самореализации» и «быть полезной обществу» дали по 52,5% опрошенных.

Медицинским сестрам был предложен список ценностей, состоящий из 24 позиций. Из них предлагалось выбрать семь наиболее важных в жизни. Они расположились в следующей последовательности:

- крепкая семья — 93,8%;
- хорошее здоровье — 81,3%;
- материальная обеспеченность — 58,8%;
- активная жизнь — 55,0%;
- душевное спокойствие — 51,3%;
- интересная работа и любимый человек — по 48,8% каждая позиция;
- высокооплачиваемая работа — 38,8%.

В качестве самой важной ценности крепкую семью и активную жизнь на первое место поставила каждая третья медсестра. 29,2% медсестер, выбравших хорошее здоровье, считают его самой главной ценностью в жизни, 22% медсестер выбирают душевное спокойствие.

Славу, известность и карьеру опрошенные поставили на последнее место (0,3%), совсем рядом расположились творчество (1,3%), соблюдение прав человека (5,0%), бессмертие души (6,3%) и богатство (7,5%).

Значимость денег для медицинских сестер предлагалось оценить по 7-балльной шкале: «совсем не значимы» — 1 балл, «очень значимы» — 7 баллов. 31,3% опрошенных придают деньгам очень большое значение, каждая пятая оценивает деньги «5» баллами, т. е. считает наличие их значимым фактором для нормального существования человека. Ниже 5 баллов значимость денег оценили 20% медицинских сестер.

Сложившиеся отношения в семье устраивают 53,3% медсестер. С друзьями отличные отношения у 34,3%, с любимым человеком — у 49,3% респондентов. Отношениями на работе скорее удовлетворены 56,3% медсестер, и только 28,2% считают их идеальными.

На вопрос: «если бы Вам пришлось выбирать между сохранением семьи и продолжением карьеры» однозначно выбрали семью 64,6% медсестер и только 3,8% — карьеру. Затруднение при ответе на этот вопрос испытали 15,2% опрошенных медсестер.

Из 21,3% респондентов положительно относятся к конкуренции, не любят соревноваться 28,8% медсестер.

На современном этапе качество трудовой жизни является важнейшим стимулом роста эффективности труда [6]. Свою деловую активность 70% опрошенных медицинских сестер оценили выше среднего уровня, 17,5% не дали ответа на этот вопрос.

Основной ценностью изучаемой группы медицинских работников является приносящая удовлетворение, востребованная обществом, с соответствующим имиджем, высокооплачиваемая работа. Крепкая семья, позволяющая быть спокойной и уверенной на работе, и отменное здоровье — основной гарант благополучия в жизни. Существует недовольство адекватностью вознаграждений. Оптимизация межличностных отношений обеспечивает повышение производительности труда в большей степени, чем все известные научные организации труда [7].

Последние места в списке жизненных ценностей у славы, известности и карьеры являются следствием заниженной самооценки и пессимизма у респондентов, в связи с чем необходимы социальные усилия. Карьерный нигилизм соотечественниц — негативный фактор их мотивации к успеху в профессии.

Отпуск проводят в деревне или на даче 36,3% опрошенных медсестер, каждая пятая — в России или ближнем зарубежье, каждая седьмая — в городе. Санатории и дома отдыха посещают 12,5% респондентов.

Косвенным подтверждением низкого жизненного уровня медицинских сестер является их невысокий доступ к оздоровлению в санаториях и домах отдыха, высокая занятость работой по дому в свободное от профессиональных обязанностей время.

Выводы

Наряду с высокими требованиями, предъявляемыми к работе, сестринские руководители при ее выполнении опираются на качественное образование (базовое и последипломное) и трудолюбие. Это обуславливает необходимость применения таких технологий обучения, как деловые и ситуационные игры, моделирование рабочих ситуаций, тренинги-семинары.

Опыт общения с пациентами позволяет усомниться в их искренности и может нарушить паритетные отношения в модели взаимодействия «врач — сестра — больной — партнеры». Целесообразным представляется углубление обучения психологии делового общения, совершенствование навыков вербального и невербального выражения своего и понимания партнерского поведения.

Коллегиальные отношения на работе, которые демонстрируют 34,6% респондентов, помогают им справляться с жизненными и профессиональными трудностями, но одновременно свидетельствуют о широком поле деятельности и для педагогического воздействия в виде психологизации лекционного материала слушателями базового и последипломного обучения. Стрессоустойчивость — особо важный фактор профилактики психосоматических заболеваний, и совершенствование навыков по этой проблеме педагогически оправдано.

Выраженный альтруизм у 62,5% респондентов является составляющей личности медицинского работника и особенностью его отношения к жизни, что противоположно имеющему место эгоизму в среде медицинских работников других стран.

Высокая значимость богатства и денег и недостижимость благосостояния при оценке труда до 75\$ в месяц являются негативным фактором для мотивации медицинской сестры и может повлечь за собой серьезные общесоциальные последствия.

Следовательно, субъективное восприятие качества жизни, представляющее собой интегральную характеристику физического, эмоционального и социального состояния человека, позволяет сделать вывод о достаточно высоком влиянии личностных факторов медицинских сестер на эффективность и результативность профессиональной деятельности и на происходящие в отрасли изменения.

Список литературы

1. Бенджамин Колодзин. Как выжить после психической травмы. Перевод с английского Савельевой. М. - 2008., 220 с.
2. Соловьева С.Л., Кошечева Н.А. Определение психологических типов медицинских сестёр, подвергающихся воздействию профессионального стресса// Ученые записки СПбГМА им. И.П. Павлова, 2009. Т.16. №4. С. 105-107.
3. Сук И.С. Врач как личность. - М.: 1984. - 64 с.
4. Семина Т.В., Бурцева Е.М. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование //Главн.мед.сестра.-2003.-№4.-С.59-61.
5. Miranda Laurant Substitution of doctors by nurses in primary care/. – 2009. – 37 p.
6. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., "Знание", 2006., 280 с.
7. Фигерас Ж., Макки М. Реформа больниц в новой Европе/Пер. с англ.- М:Весь мир, 2012. – 320 с.

Рудаков Андрей Валерьевич – заведующий загородным отделением восстановительного лечения «Луч», врач - педиатр ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info