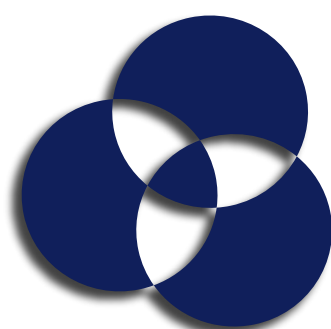


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

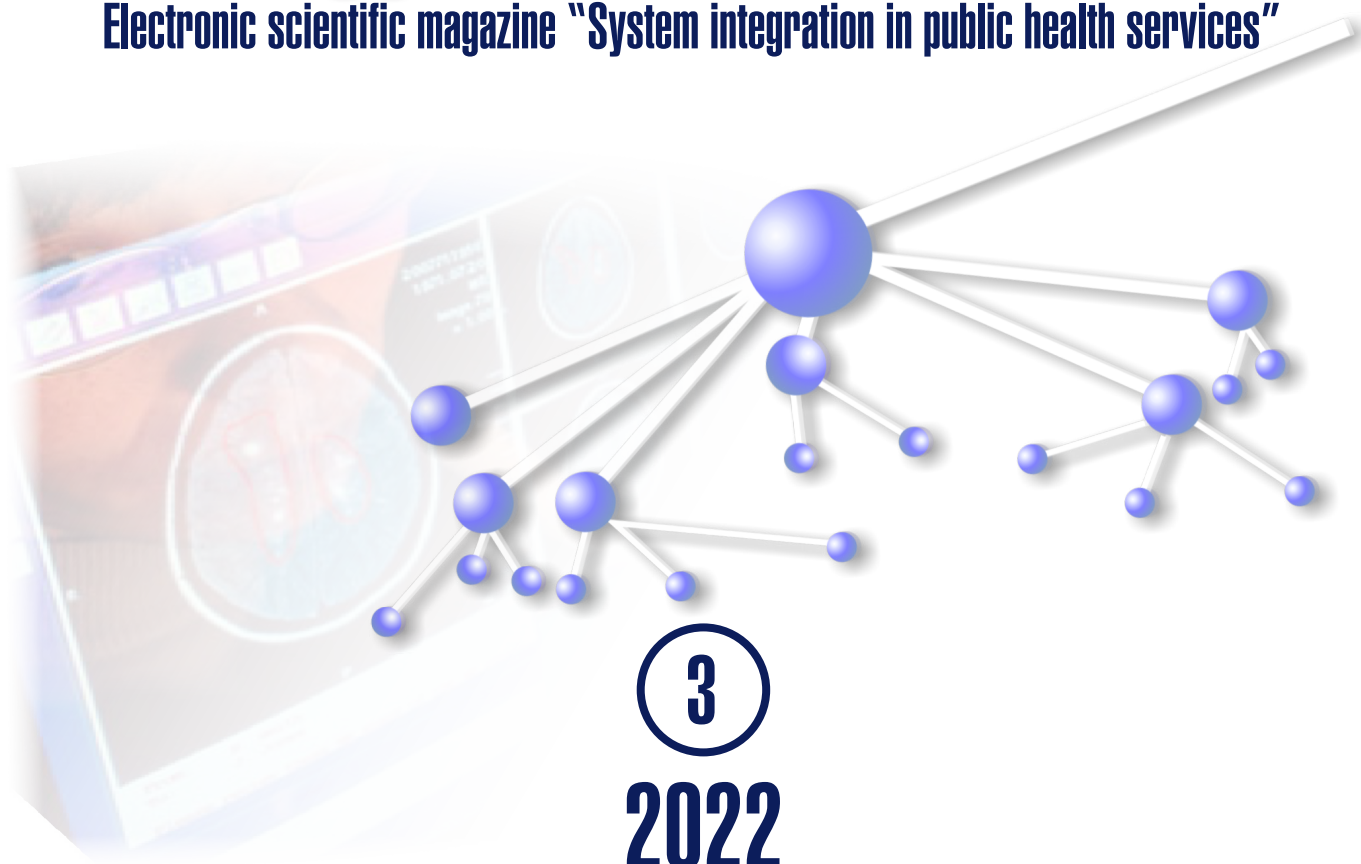
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



3

2022

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

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

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2022



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

№ 3 (56) 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



Уважаемые читатели!

Перед вами очередной выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении». Данный выпуск посвящен актуальным проблемам здравоохранения, клинической психологии и медицинского образования.

Ключевыми темами выпуска стали изучение социально значимых заболеваний, организация медицинской помощи, охрана здоровья детей, региональные проблемы здоровья населения и совершенствование организации медико-психологической помощи в УрФО.

В данном выпуске представлены исследования ведущих ученых-преподавателей крупнейших вузов Свердловской и Тюменской областей. Наша ключевая задача – это интеграция междисциплинарных подходов и обобщение опыта из различных областей медицинских и психолого-педагогических знаний.

Отдельным блоком выделены исследования по проблемам медицинского образования. Авторы делятся опытом работы со студентами Свердловского областного медицинского колледжа (СОМК), Уральского государственного медицинского университета (УГМУ).

Древнегреческий врач Гиппократ писал: «Медицина поистине самое благородное из всех искусств». И действительно, обучая будущих врачей искусству врачевания, мы должны прежде всего закладывать в них самые гуманные качества, работая с людьми с ограниченными возможностями здоровья, мы должны проявлять чуткость, доброту и сострадание, а решая проблемы оказания медицинской помощи социально незащищенным слоям населения, не забывать, что мы это делаем прежде всего для людей. Ибо гуманнее профессий врача и педагога нет. Авторы данного сборника как никто другие это понимают. Хочется верить, что и до читателей непременно дойдет эта мысль.

*Советник губернатора Свердловской области,
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УГМУ,
кандидат медицинских наук Цветков Андрей Игоревич*

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

Леонтьев С.Л., Цветков А.И., Михайлова Д.О., Кузьмин К.В., Казанцев В.С.
ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО
ОПРОСА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)..... 5

Казанцева А.В., Набойченко Е.С., Климова М.А., Сабирьянова А.Р.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЕТЕРАНАМ В
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ..... 29

Алдушина А.Д.
РЕКОМЕНДАЦИИ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ 38

Ануфриева Д.В., Дубровина А.Д., Сабитова Д.Р., Соловьева С.Н.
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЦИФРОВОГО СКРИНИНГА РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 43

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Заводчиков Д.П., Баляева Л.
ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА 51

Кожемяко К.О., Шаров А.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА 61

Галиулина О.В.
БАКАЛАВРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В
ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ 74

Цветков А.И., Устинов А.Л.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ..... 80

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Горфинкель В.А.
ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ В АСПЕКТЕ ДЕТСКО-
РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ 89

Курочкина И.А., Зеер Э.Ф.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ,
ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ..... 94

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Блохина С.И., Набойченко Е.С.
ЦЕНТР БОНУМ: ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ101

© Леонтьев С.Л., Цветков А.И., Михайлова Д.О., Кузьмин К.В., Казанцев В.С..

УДК.364.122.8

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Леонтьев С.Л.¹, Цветков А.И.², Михайлова Д.О.¹, Кузьмин К.В.¹, Казанцев В.С.¹

¹ ГАУ ДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. Анализ распространенности самолечения среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения невозможен без изучения мнений пациентов. Цель исследования – изучить гендерные аспекты распространенности самолечения посредством самоназначения лекарственных препаратов среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения в Свердловской области. Методы. Опрошено 411 человек, в том числе 261 женщина и 150 мужчин. Выборка – целевая стихийного наполнения; анкета заполнялась в бумажном виде во время амбулаторного приема. Результаты и обсуждение. Женщины чаще мужчин обращаются за квалифицированной помощью к врачам-специалистам. Самолечение распространено среди мужчин в возрасте от 30 до 69 лет и женщин старше 70 лет; среди лиц с неполным средним образованием в целом, а также среди мужчин с высшим и средним специальным образованием. Самолечение в наибольшей степени представлено в группах овдовевших женщин и мужчин, а также в группе разведенных мужчин. Наибольшую приверженность лечению проявили лица, никогда не состоявшие в браке. Приверженность лечению выражают как работающие респонденты, так и лица, находящиеся на пенсии; самолечение распространено среди временно неработающих граждан. Максимальные показатели приверженности лечению достигнуты в Екатеринбурге, малых и крупных городах. В сельской местности самолечение практикуют 54,6% женщин и 46,4% мужчин. Гендерный анализ позволяет выявить группы пациентов с заболеваниями системы кровообращения,

склонные к самолечению, приводящему к ухудшению здоровья и прогрессированию заболевания.

Ключевые слова: гендерный анализ, болезни системы кровообращения, самолечение, анкетирование пациентов.

GENDER ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF SELF-TREATMENT AMONG PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATION SYSTEM (BASED ON A SOCIOLOGICAL SURVEY IN THE SVERDLOVSK OBLAST)

Leontiev S.L.¹, Cvetkov A.I.², Mikhailova D.O.¹, Kuzmin K.V.¹, Kazantsev V.S.¹

¹ Ural Institute of Public Health Management named after A.B. Blokhin

² Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. Analysis of the prevalence of self-treatment among patients with diseases of the circulatory system is impossible without studying the opinions of patients. The objective of the study was to study gender aspects of the prevalence of self-treatment through self-prescription of drugs among patients with diseases of the circulatory system in the Sverdlovsk Oblast. Methods. 411 people were interviewed, including 261 women and 150 men. Sample - target spontaneous filling; the questionnaire was filled out in paper form during an outpatient appointment. Results and discussion. Women are more likely than men to seek qualified help from medical specialists. Self-medication is common among men aged 30 to 69 and women over 70; among people with incomplete secondary education in general, as well as among men with higher and secondary specialized education. Self-medication is most represented in the groups of widowed women and men, as well as in the group of divorced men. The highest adherence to treatment was shown by persons who have never been married. Adherence to treatment is expressed by both working respondents and retired persons; self-treatment is common among temporarily unemployed citizens. The maximum rates of adherence to treatment were achieved in Yekaterinburg, small and large cities. In rural areas, self-medication is practiced by 54.6% of women and 46.4% of men. Gender analysis allows to identify groups of patients with diseases of the circulatory system, prone to self-medication, leading to poor health and progression of the disease.

Keywords: gender analysis, diseases of the circulatory system, self-treatment, patient survey.

Введение

Самолечение в России, как в целом в мире, достигло в последние десятилетия колоссальных масштабов. По данным портала «Здоровье Mail.ru»* (2019), около 60% россиян предпочитают не посещать врачей, когда заболевают, и сами подбирают себе лекарства. В поликлиники в случае плохого самочувствия обращаются лишь чуть более четверти опрошенных (28%), а три четверти респондентов (74%) посещают врачей только при очевидно опасных для своего здоровья симптомах либо в тяжелом состоянии. Что касается непосредственного применения практики лечения, назначенного врачом, каждый десятый опрошенный дополняет ее «народными» средствами.

Под самолечением традиционно понимается выбор и использование лекарственных препаратов, как правило, безрецептурных, для лечения самостоятельно диагностируемых состояний или симптомов [1, 2]. В литературе представлены как преимущества, так и риски самолечения. Первые включают в себя более широкий доступ к лекарствам, активную роль пациента в сохранении здоровья, сокращение государственных расходов, связанных с лечением незначительных нарушений здоровья. Вторые – неправильную самодиагностику, позднюю обращаемость за медицинской помощью, тяжелые побочные реакции и опасные лекарственные взаимодействия, неправильную дозировку и выбор терапии, риск возникновения зависимостей и др. [1, 3, 4].

В последние годы изучение феномена самолечения получило развитие в контексте концепции медиализации, вызвавшей бурную дискуссию как в социальной, так и в медицинской науке, в рамках которой особое внимание уделяется расширению юрисдикции медицины в связи с социально-экономическими и культурными факторами и ее власти над человеческими телами за счет сведения социальных явлений к отдельным биологическим патологиям [5, 6].

При этом возникло разграничение двух понятий – «самолечение» (или «ответственное самолечение»), понимаемое как необходимый элемент самопомощи, связанный с приемом отпускаемых без рецепта лекарств с целью нейтрализации

* Опрос: более половины россиян занимаются самолечением, <https://tass.ru/obschestvo/6790842>.

болевых симптомов (боль в горле, кашель, головная боль, зубная боль, гриппоподобные симптомы, насморк и т.п.) [7, 8], и «самоназначение», предполагающее прием пациентом сильнодействующих лекарственных препаратов вопреки назначениям врача (например, антибиотиков) и/или по собственному выбору [9, 10]. Аналогичное противопоставление понятий получило развитие в отечественной литературе [11, 12, 13]. При этом распространенность самолечения рассматривается очень широко: в контексте общего влияния на состояние здоровья [14, 15]; на примере отдельных регионов [16, 17]; в связи с принадлежностью к различным половозрастным и социально-демографическим группам [18-20].

Цель работы

Изучить гендерные аспекты распространенности самолечения посредством самоназначения лекарственных препаратов среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения в Свердловской области.

Материалы и методы

В марте-мае 2020 г. ГАУ ДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина» провел в Свердловской области анкетирование пациентов, обратившихся за медицинской помощью к участковым врачам-терапевтам по поводу заболеваний системы кровообращения. Всего было опрошено 411 человек ($n_1=411$), в том числе 261 женщина ($n_2=261$) и 150 мужчин ($n_3=150$). Выборка – целевая стихийного наполнения; анкета заполнялась в бумажном виде во время амбулаторного приема.

Респондентам при ответе на вопрос о самостоятельном приеме лекарственных препаратов было предложено выбрать из трех вариантов ответа: вариант «никогда» подразумевал: «при болезни всегда обращаюсь за медицинской помощью к врачу-специалисту, четко следую его указаниям и назначениям курсов лекарственных препаратов»; вариант «иногда» подразумевал: «как правило, при заболевании обращаюсь к врачу, следую его указаниям, но в некоторых случаях советуюсь и/или следую рекомендациям аптечных работников, знакомых, родственников и др.»; вариант «часто» подразумевал: «лечусь самостоятельно, покупаю лекарственные препараты по рекомендации фармацевтов и/или друзей-родственников, ищу советы по лечению заболеваний в интернете».

Гендер мы рассматриваем как результат воздействия на индивида различных стратифицирующих признаков, к которым, в частности, относятся пол, возраст,

уровень образования, социальный статус, семейное положение и место жительства. В зависимости от особенностей воздействия и взаимодействия указанных признаков формируется множество гендеров, отражающих в себе специфику социальных моделей поведения по отношению к тем либо иным феноменам и процессам общественной и частной жизни индивида, в нашем случае – по отношению к применению/неприменению самолечения пациентами с заболеваниями системы кровообращения.

Перед проведением исследования был сформулирован ряд гипотез, отражающих традиционное противопоставление мужчин и женщин как разных социальных существ, наделенных рациональным и эмоциональным типами сознания, приводящим к господству в обществе соответствующих гендерных стереотипов. А именно:

Гипотеза № 1. Присущая мужчинам рациональность мышления предполагает преобладающее отрицание ими самолечения, в отличие от женщин, которые в силу господства внутреннего мира эмоций более внушаемы и легковерны, в частности, по отношению к самолечению.

Гипотеза № 2. Рассудительность мужчин повышается с возрастом в связи с развитием практико-ориентированного мировосприятия, основанного на сознательной и осмысленной заботе о своем здоровье; напротив, женщины в зрелом возрасте чаще поддаются воздействию нерациональных способов лечения заболеваний.

Гипотеза № 3. Образовательный уровень мужчин и женщин оказывает прямое воздействие на отношение к самолечению и обращаемость к врачу в случае заболевания: чем выше образовательный уровень пациента, тем сознательнее он следует указаниям и назначениям врача-специалиста; напротив, низкий образовательный уровень провоцирует увеличение частоты обращаемости к самолечению.

Гипотеза № 4. На распространенность самолечения влияет семейный статус мужчин и женщин, накладывающий на них дополнительные обязательства, связанные с косвенным распространением понятия «заботы о собственном здоровье» на своих близких (супругов, детей). В результате люди, состоящие в браке, склонны, как правило, четко придерживаться предписанного врачом-специалистом курса лечения; при этом в большей степени этому правилу следуют женщины в силу господствующих стереотипов о наличии биологической и эмоциональной связи между субъектом и объектом заботы – матерью и ребенком.

Гипотеза № 5. Работающие респонденты (и мужчины, и женщины) рассматривают свое личное благополучие, в том числе состояние своего здоровья, через призму максимальной сохранности своих трудовых функций, в связи с чем в большей степени привержены отрицанию самолечения, обращаясь при заболевании к врачам.

Гипотеза № 6. На характер предпринимаемых действий по отношению к собственному здоровью непосредственное воздействие оказывает место жительства респондентов: чаще практикуют самолечение проживающие в сельской местности в силу слабой доступности и/или удаленности медицинских учреждений и/или недостаточности специализированной медицинской помощи, в том числе из-за дефицита «узких» врачей-специалистов.

Результаты и обсуждение

Самолечение, пол и возраст респондентов.

По возрасту респонденты распределились следующим образом: 3,9% опрошенных – в возрасте от 18 до 29 лет (всего – 16 чел., в том числе 8 женщин и 8 мужчин); от 30 до 49 лет – 18,2% (75 чел., 58 женщин и 17 мужчин), от 50 до 69 лет – 55,0% (226 чел., 129 женщин и 97 мужчин); в возрасте 70 лет и старше – 22,9% (94 чел., 66 женщин и 28 мужчин). Преобладание среди опрошенных лиц 50 лет и старше (77,9%) обусловлено возрастной спецификой заболеваний системы кровообращения: в основном, проблемы, связанные с лечением кардиологических заболеваний, возникают у людей старшего трудоспособного, предпенсионного и пенсионного возрастов, что и обуславливает более частую обращаемость за медицинской помощью.

Вначале следует обратиться к общим данным, полученным в результате опроса респондентов (рис. 1).

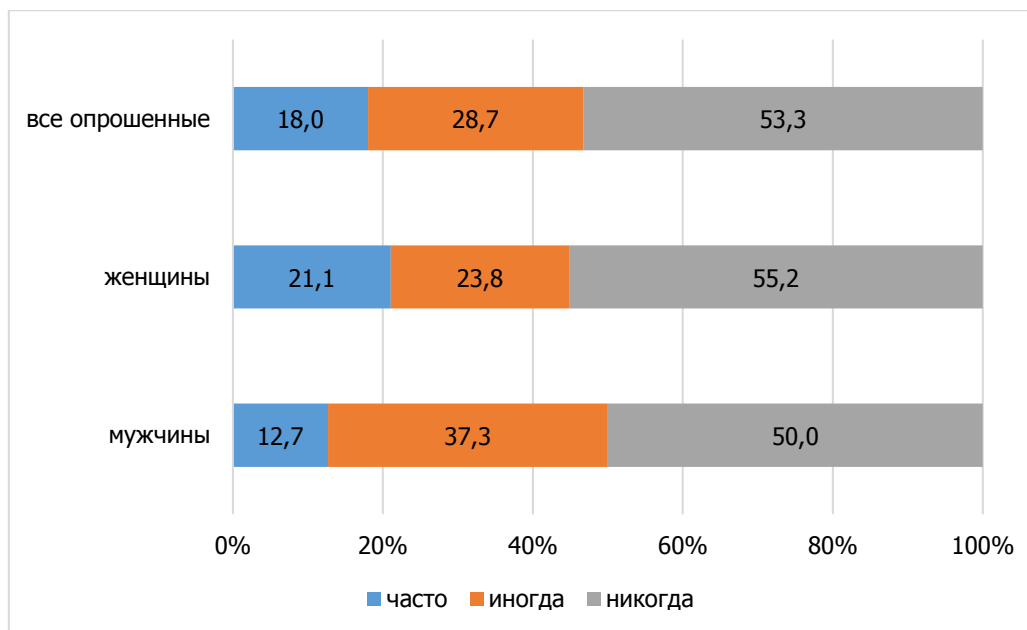


Рис. 1. Применяют/не применяют самолечение (в % к общему числу опрошенных, женщин и мужчин, $n_1=411$, $n_2=261$, $n_3=150$)

Никогда не применяют самолечение свыше половины опрошенных (53,3%), однако женщины чаще, чем мужчины, при заболевании обращаются к врачу-специалисту – на 5,2 п. п. (здесь и далее – процентных пункта). Тем не менее, результаты ярко свидетельствуют о масштабах распространенности самолечения: практически каждый второй пациент либо лечится, не обращаясь за квалифицированной медицинской помощью и принимая лекарственные препараты без назначения врача, либо нарушает указания врача, например, сочетая прием лекарственных препаратов с назначениями по собственному выбору и/или по советам посторонних лиц (фармацевтов, друзей, знакомых, родственников и пр.). Так, как правило, лечатся самостоятельно (выбрали вариант ответа «часто») 18% опрошенных, однако частотность этого выбора у женщин почти в 1,7 раза выше, чем у мужчин (21,1% против 12,7%). Наконец, время от времени практикуют самолечение (дали ответ «иногда») 28,7% респондентов, при этом частотность данного выбора у мужчин выше, чем женщин, в 1,6 раза (37,3% против 23,8%).

Обратимся к анализу распространенности самолечения в зависимости от возраста респондентов (рис. 2).

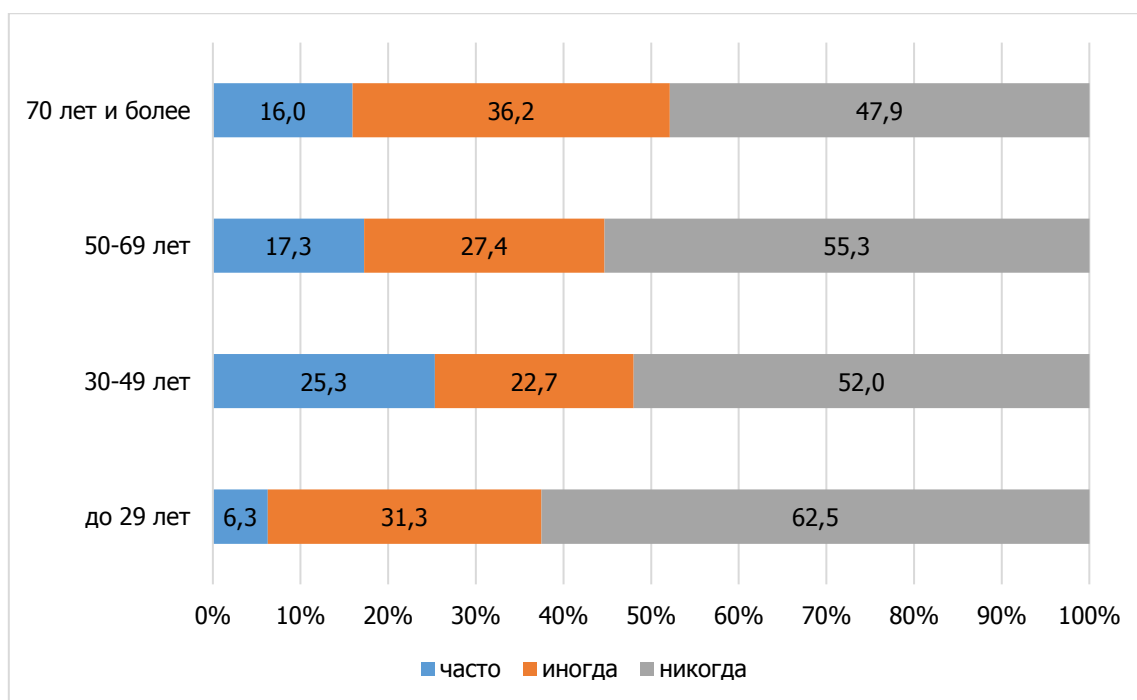


Рис. 2. Распространенность самолечения в зависимости от возраста респондентов (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

В максимальной степени привержены обращаемости за квалифицированной врачебной помощью лица в возрасте до 29 лет (62,5%); здесь лечатся самостоятельно только 6,3%. Свыше половины респондентов в возрасте 30-49 лет (52,0%) и 50-69 лет (55,3%) также при заболевании всегда обращаются к врачу, но при этом среди 30-49-летних каждый 4-й (25,3%) лечится самостоятельно (вариант ответа «часто»), а среди 50-69-летних – каждый 6-й (17,3%). Наконец, в старшей возрастной группе (70 лет и более) свыше трети (36,2%) время от времени лечатся без консультаций врача («иногда»), а каждый 6-й (16,0%) активно практикует самоназначение лекарств («часто»).

Обратимся к характеристике распространенности самолечения применительно к возрастным группам женщин и мужчин по отдельности (рис. 3).

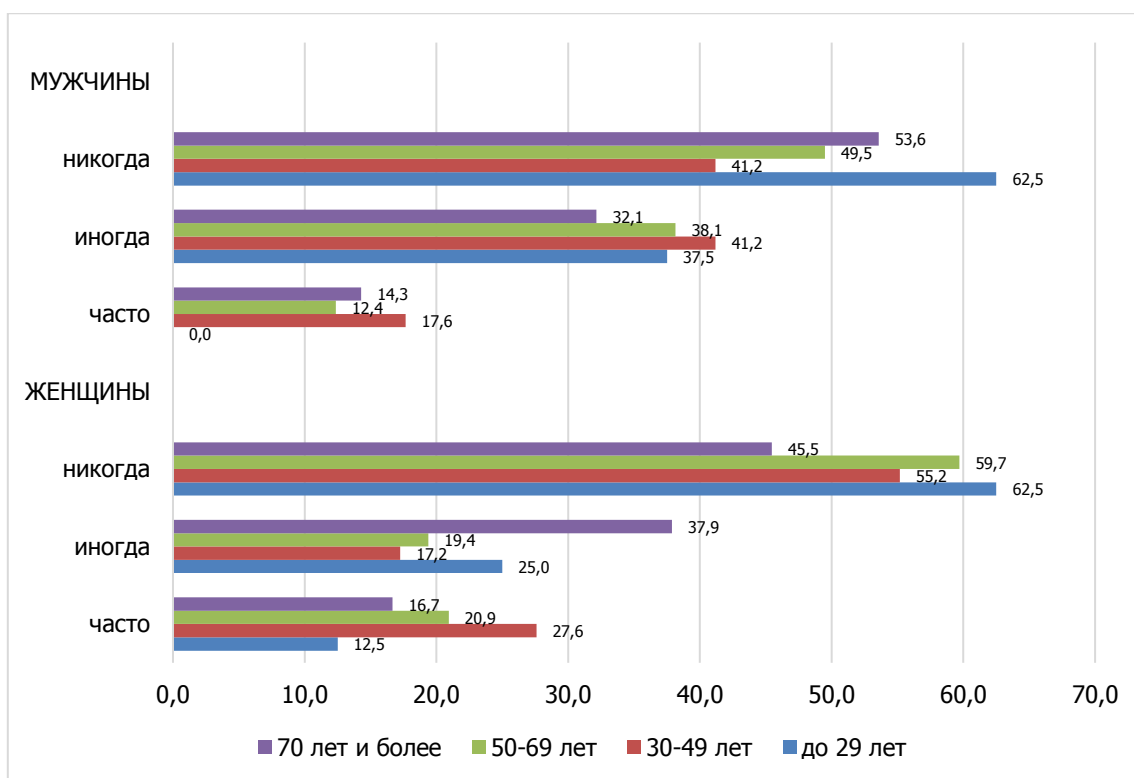


Рис. 3. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от возраста (в % к общему числу по указанным группам респондентов, $n_2=261$ и $n_3=150$)

Анализ данных, представленных на рис. 3, позволяет сделать ряд наблюдений:

1. Подавляющее большинство и женщин, и мужчин (по 62,5%) в возрасте до 29 лет никогда не практикуют самолечение; иногда прибегают к самолечению 37,5% мужчин и 25% женщин; 12,5% женщин лечатся самостоятельно (выбран вариант ответа «часто»). При этом следует иметь в виду, что данная группа является самой малочисленной (всего 16 чел.), что обусловлено возрастной спецификой распространенности заболеваний системы кровообращения, и полученные данные не могут считаться в полной мере релевантными.

2. В возрастной группе от 30 до 49 лет 55,2% женщин отрицают самолечение и всегда следуют указаниям врачей в то время, как подобных правил придерживаются только 41,2% опрошенных мужчин. Иногда применяют самолечение мужчины (в 2,4 раза чаще, чем женщины, – 41,2% против 17,2%), но при этом четверть опрошенных женщин указанного возраста (27,6%) всегда лечится самостоятельно (вариант ответа «часто»).

3. В возрастной группе от 50 до 69 лет отрицают самолечение 59,7% женщин и 49,5% мужчин. Одновременно пятая часть опрошенных женщин выступает в роли

«самоврачевателя» иногда (19,4%) и столько же – часто (20,9%). В отношении мужчин данной возрастной группы лечатся самостоятельно иногда 38,1% (почти вдвое чаще женщин), часто – только 12,4% (напротив, в 1,7 раза реже).

4. В самой старшей возрастной группе (70 лет и больше) не прибегают к практикам самолечения 45,5% женщин (минимальный показатель по всем возрастным группам) и 53,6% мужчин. При этом именно у женщин более высоких значений достигают уровни распространенности самолечения: 37,9% опрошенных практикуют самолечение «иногда» (против 32,1% мужчин) и 16,7% – «часто» (против 14,3% мужчин).

Самолечение и образовательный уровень респондентов.

По образовательному уровню респонденты распределились следующим образом: неполное среднее образование имеют 39 чел. (9,5% опрошенных, в том числе 21 женщина и 18 мужчин); полное среднее образование – 73 чел. (17,7%, 31 женщина и 42 мужчины); среднее специальное образование – 196 чел. (47,7%, 138 женщин и 58 мужчин); высшее образование – 103 чел. (25,1%, 71 женщина и 32 мужчины).

Распространенность самолечения в зависимости от образовательного уровня респондентов представлена на рис. 4.

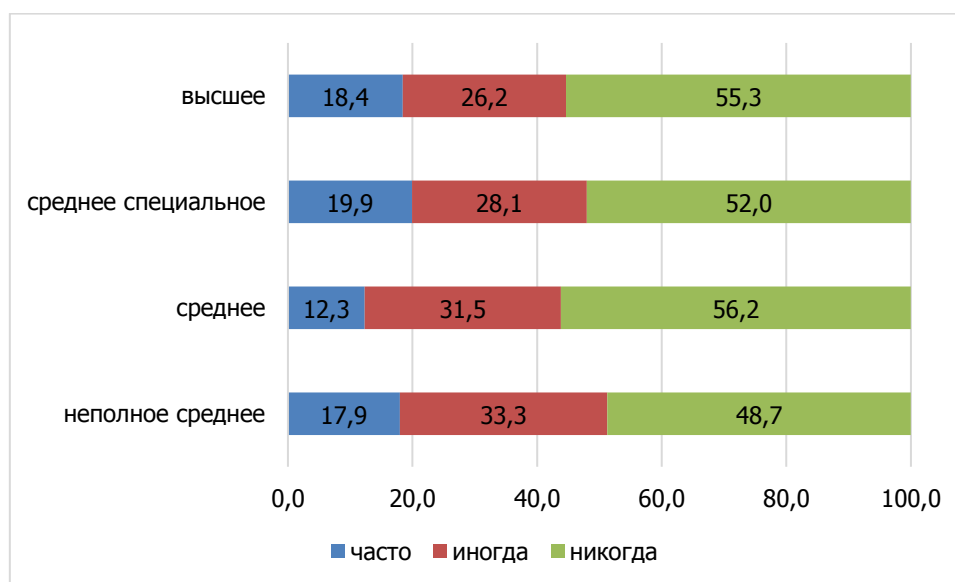


Рис. 4. Распространенность самолечения в зависимости от образовательного уровня респондентов (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

Максимальные значения обращаемости к врачу в случае заболевания наблюдается у образовательных групп со средним (56,2%) и высшим (55,3%) образованием; несколько ниже – у группы со средним специальным образованием (52,0%); самый

низкий показатель зафиксирован у лиц с неполным средним образованием (48,7%). Иногда практикуют самолечение треть респондентов с неполным средним образованием (33,3%) и почти каждый третий опрошенный со средним образованием (31,5%). Наименьшие значения по данному варианту ответа представлены в группах со средним специальным (28,1%) и высшим (26,2%) образованием. Наконец, часто прибегают к самолечению представители образовательной группы со средним специальным образованием (каждый 5-й – 19,9%); на примерно одинаковом уровне находятся лица с неполным средним (17,9%) и высшим (18,4%) образованием; самый низкий показатель – у лиц со средним образованием (12,3% – каждый 8-й).

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от образовательного уровня по отдельности (рис. 5).

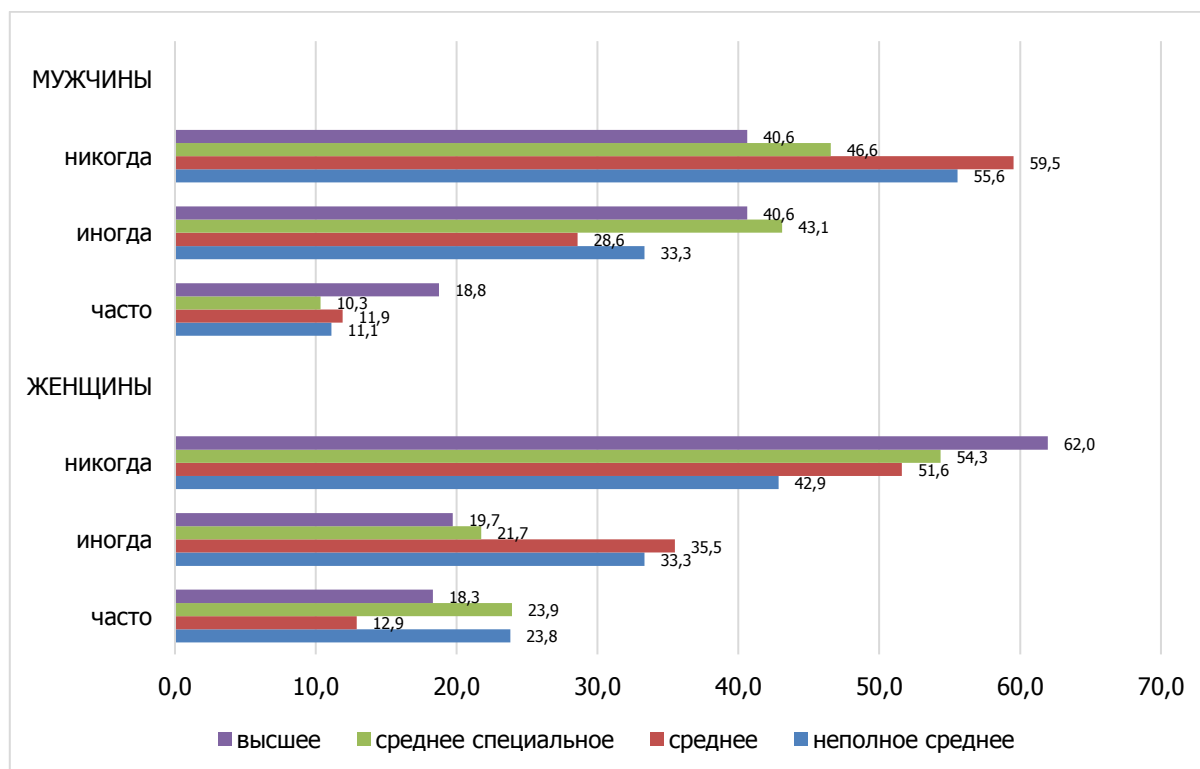


Рис. 5. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от образовательного уровня (в % к общему числу по указанным группам респондентов, $n_2=261$ и $n_3=150$)

Анализ данных, представленных на рис. 5, позволяет сделать ряд наблюдений:

1. Максимальные значения по варианту ответа «никогда» (свыше половины ответивших по указанным образовательным группам) достигнуты у женщин с высшим (62,5%) и средним (51,6%) образованием, у мужчин со средним (59,5%) и неполным средним (55,6%) образованием. Минимальные значения зафиксированы по группам

женщин с неполным средним образованием (42,9%) и мужчин с высшим (40,6%) и средним специальным (46,6%) образованием.

2. Иногда прибегают к самолечению треть женщин со средним (35,5%) и неполным средним (33,3%) образованием и две пятых мужчин со средним специальным (43,1%) и высшим (40,6) образованием. Наименьшие значения обнаружены у женщин со средним специальным (21,7%) и высшим (19,7%) образованием и у мужчин со средним образованием (28,6%).

3. Максимальные показатели распространенности самолечения (вариант ответа «часто») представлены у женщин с неполным средним (23,8%) и средним специальным (23,9%) образованием. У мужчин чаще всего прибегают к самолечению лица с высшим образованием (18,8%). В меньшей степени самолечению подвержены мужчины с неполным средним (11,1%), средним (11,9%) и средним специальным (10,3%) образованием, а также женщины со средним образованием (12,9%).

Самолечение и семейное положение респондентов.

По семейному положению респонденты распределились следующим образом (рис. 6): состоящие в браке (в том числе незарегистрированном) – 269 чел. (65,5% опрошенных, в том числе 148 женщин и 121 мужчина); овдовевшие в связи с кончиной супруга/супруги – 76 чел. (18,5%, 65 женщин и 11 мужчин); разведенные – 38 чел. (9,2%, 32 женщины и 6 мужчин); никогда не состоявшие в браке – 28 чел. (6,8%, 16 женщин и 12 мужчин).

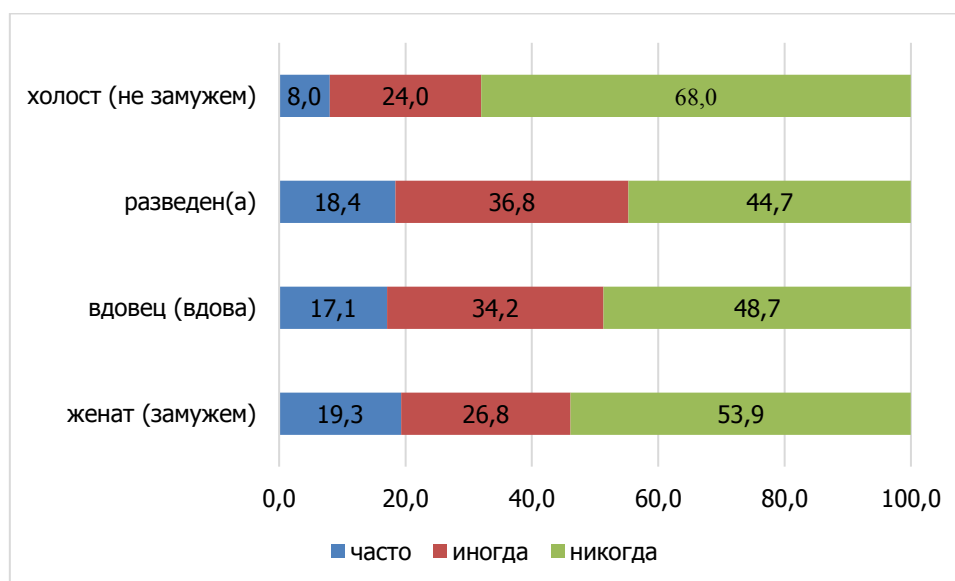


Рис. 6. Распространенность самолечения в зависимости от семейного положения респондентов (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

Наибольшую приверженность обращаемости к врачу в случае заболевания проявили респонденты, никогда не состоявшие в браке – таковых оказалось свыше двух третей опрошенных (68,0%). Минимальных значений в указанной группе достигают показатели распространенности самолечения: иногда к нему прибегают 24,0%, часто – только 8,0%. Отвергают самолечение свыше половины состоящих в браке (53,9%), хотя почти пятая часть (19,3%) часто обращается к самолечению, а четверть (26,8%) – иногда. На третьем месте находится группа овдовевших мужчин и женщин: только 48,7% в случае болезни всегда обращаются к врачу, но при этом свыше трети опрошенных (34,2%) иногда лечатся самостоятельно, а 17,1% (каждый 6-й) практикует самолечение часто. Наконец, в наименьшей степени приверженность лечению у врача-специалиста выражена в группе разведенных мужчин и женщин: лишь 44,7% опрошенных никогда не обращаются к самолечению, иногда лечатся самостоятельно 36,8%, а часто – 18,4%.

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их семейного положения по отдельности (рис. 7).

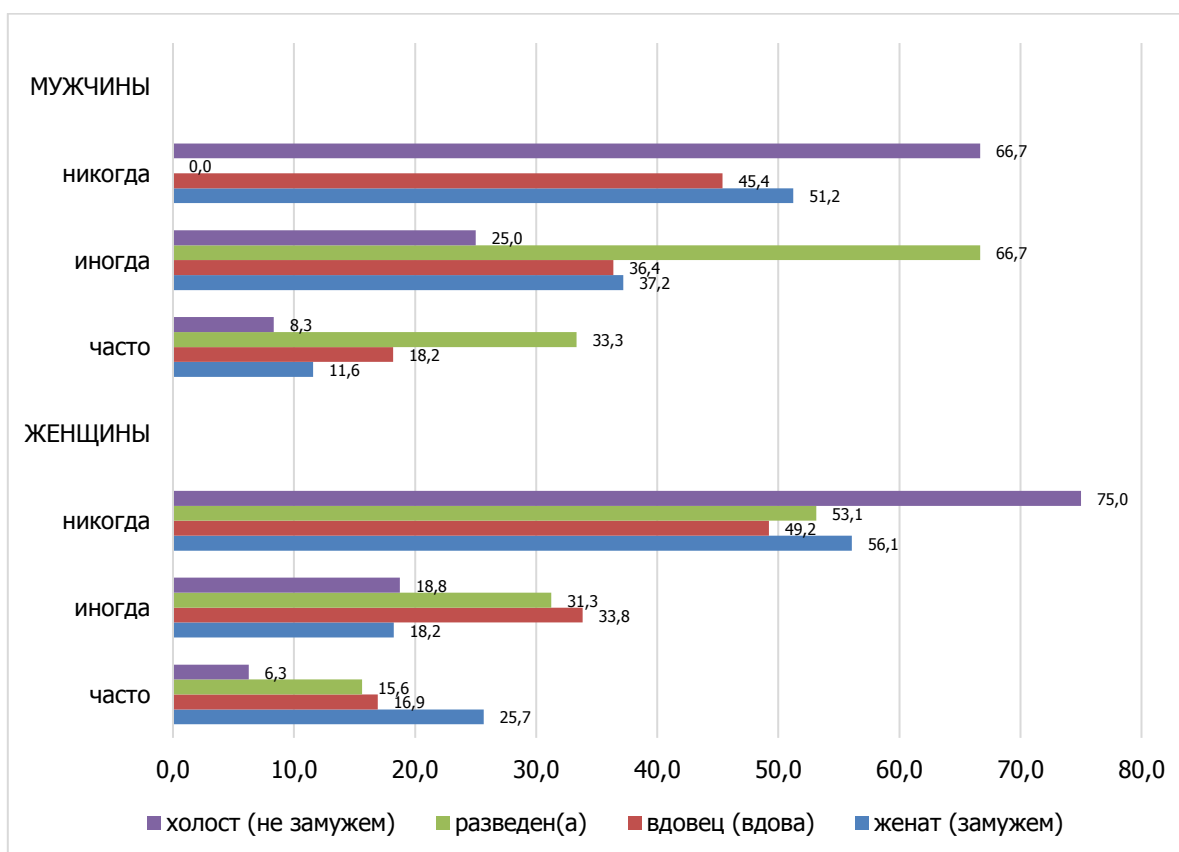


Рис. 7. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от семейного положения (в % к общему числу по указанным группам респондентов, $n_2=261$ и $n_3=150$)

Анализируя данные рис. 7, можно сделать ряд наблюдений:

1. Три четверти незамужних женщин (75%) и две трети неженатых мужчин (66,7%) никогда не практикуют самолечение. Минимальных значений достигает распространенность самолечения: «иногда» лечатся самостоятельно 18,8% опрошенных женщин (чуть менее одной пятой) и 25% мужчин (четвертая часть опрошенных); часто – только 6,3% и 8,3% соответственно.

2. Свыше половины опрошенных женщин (56,1%) и мужчин (51,2%), состоящих в браке, в случае заболевания всегда обращаются к врачу и строго следуют назначениям лекарственных препаратов. Иногда обращаются к самолечению 37,2% женатых мужчин и 18,2% замужних женщин, однако каждая 4-я женщина (25,7%) и каждый 8-9-й мужчина (8,3%) практикуют самолечение часто.

3. Менее половины респондентов, никогда не практикующих самолечение, представлено в группах овдовевших женщин и мужчин (49,2% и 45,4%). Мужчины обращаются к самолечению чаще, чем женщины: иногда – 36,4% против 33,8% (выше на 2,6 п. п.); часто – 18,2% против 16,9% (выше на 1,3 п. п.).

4. Наиболее противоречивыми по приверженности лечению и распространенности самолечения являются данные по группам разведенных мужчин и женщин. Если свыше половины женщин (53,1%) никогда не обращаются к самолечению, то среди опрошенных мужчин таковых вообще не оказалось. Иногда лечатся самостоятельно две трети мужчин (66,7%), часто – одна треть (33,3%), в то время как женщины прибегают к самолечению значительно реже: иногда – 31,3% (в 2,1 раза реже, чем мужчины), часто – 15,6% (в 2 раза реже).

Самолечение и социальный статус респондентов.

По социальному статусу (рис. 8) респонденты распределились следующим образом: работающие (в том числе по найму и самозанятые) – 193 чел. (46,95%, 127 женщин и 66 мужчин); временно незанятые – 25 чел. (6,1%, 13 женщин и 12 мужчин); пенсионеры – 193 чел. (46,95%, 121 женщина и 72 мужчины).

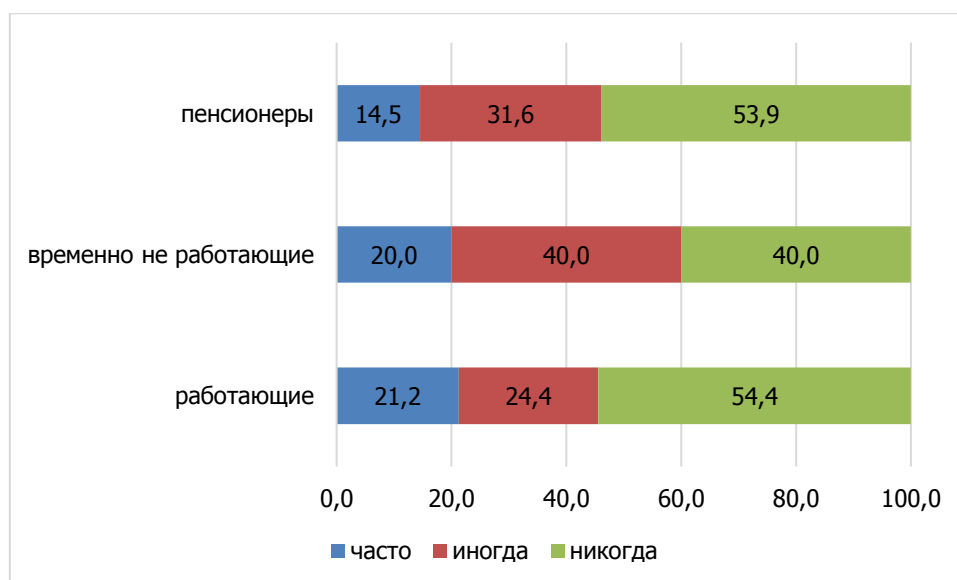


Рис. 8. Распространенность самолечения в зависимости от социального статуса респондентов (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

Свыше половины как работающих (54,4%), так и лиц, находящихся на пенсии (53,9%) всегда при болезни обращаются к врачу, избегая самолечения. Пенсионеры обращаются к самолечению «иногда» чаще, чем работающие граждане (31,6% против 21,4%), но при этом более пятой части работающих (21,2%), как правило, при заболевании практикуют самолечение (больше, чем пенсионеры, на 6,7 п. п.). Среди неработающих граждан никогда не обращаются к самолечению только 40%, столько же – лечатся самостоятельно иногда, а каждый пятый – часто.

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их социального статуса по отдельности (рис. 9).

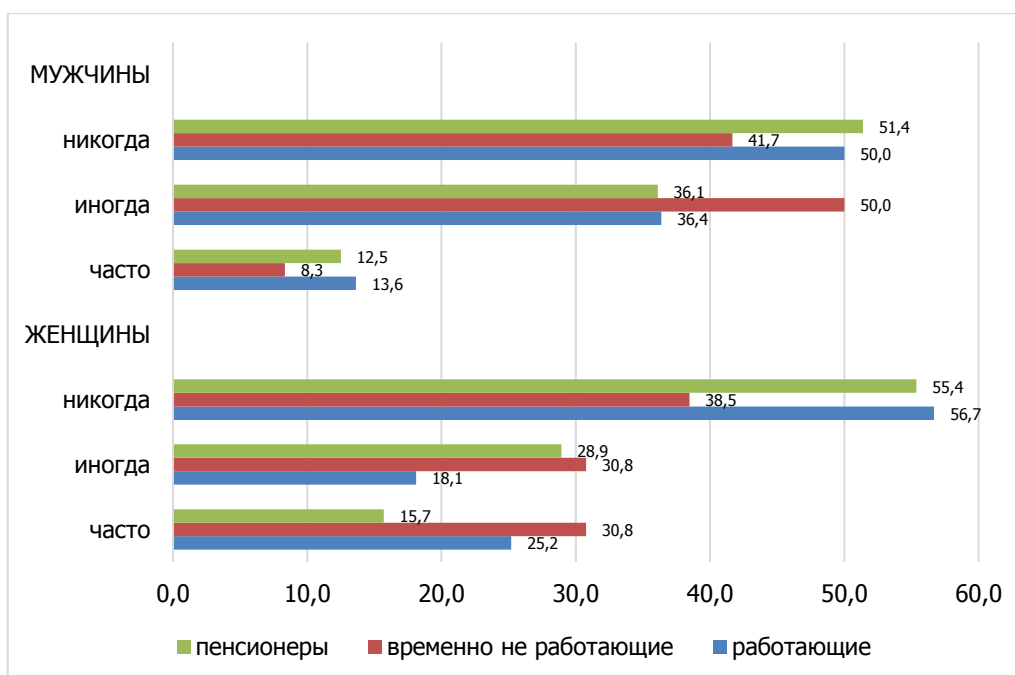


Рис. 9. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от социального статуса (в % к общему числу по указанным группам респондентов, $n_2=261$ и $n_3=150$)

Анализируя данные рис. 9, можно сделать ряд наблюдений:

1. Чаще отрицают самолечение как работающие женщины (56,7%), так и женщины, вышедшие на пенсию (55,4%), что несколько выше, чем по аналогичным группам мужчин (на 6,7 и 4,0 и п. п. – соответственно). В группах временно не работающих респондентов частотность ответа «никогда» чуть выше у мужчин, нежели у женщин (на 3,2 п. п.; 41,7% против 38,5%).

2. Мужчины всех трех групп, выделенных по социальному статусу, чаще женщин практикуют самолечение «иногда»: при этом работающие мужчины вдвое чаще, чем женщины (36,4% против 18,1%); мужчины-пенсионеры – в 1,25 раза чаще (36,1% против 28,9%); временно не работающие мужчины – в 1,6 раза чаще (50% против 30,8%).

3. «Часто» лечатся самостоятельно 30,8% временно не работающих женщин, 25,2% работающих и 15,7% женщин пенсионного возраста; для сравнения, у мужчин по указанным группам показатели заметно ниже – 8,3%, 13,6% и 12,5% соответственно.

Самолечение и место жительства респондентов.

По месту жительства респонденты распределились следующим образом (рис. 10): проживающие в Екатеринбурге – 16 чел. (3,9%, 8 женщин и 8 мужчин); проживающие

в крупных городах (с населением свыше 100 тыс. жителей) – 75 чел. (18,2%, 58 женщин и 17 мужчин); проживающие в малых городах – 226 чел. (55,0%, 129 женщин и 97 мужчин); проживающие в сельской местности – 94 чел. (22,9%, 66 женщин и 28 мужчин).

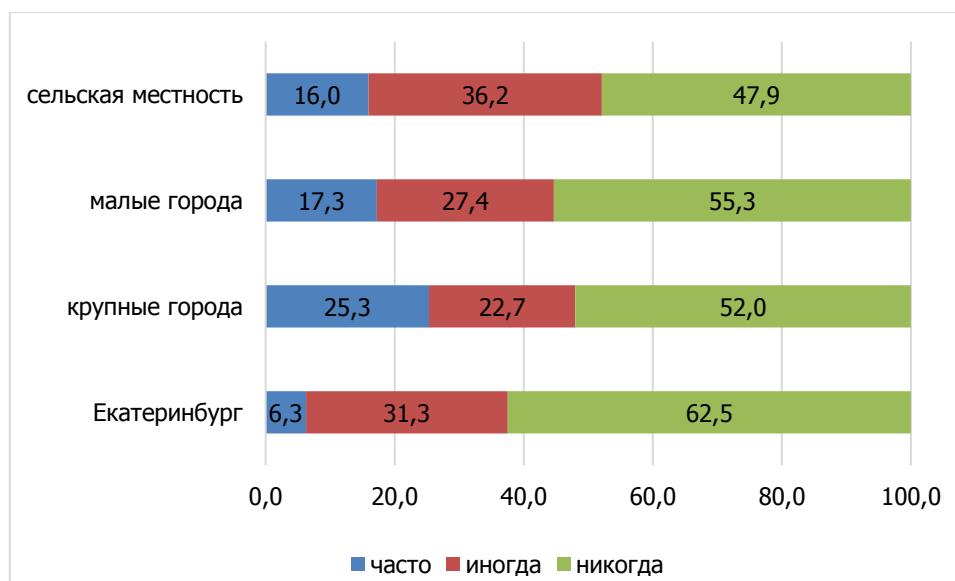


Рис. 10. Распространенность самолечения в зависимости от места жительства респондентов (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

Максимальные показатели приверженности лечению заболевания под контролем врача достигнуты в Екатеринбурге (62,5%); на втором месте находятся малые города области (55,3%); на третьем – крупные города (52,0%); замыкает список сельская местность, где менее половины опрошенных (47,9%) никогда не практикуют самолечение. Лечатся самостоятельно, как правило, в сельской местности: 36,2% респондентов выбрали ответ «иногда» и 16,0% – ответ «часто». Показательно, что почти треть опрошенных из Екатеринбурга (31,3%) также выбрали ответ «иногда», но здесь респондентов, давших ответ «часто» (6,3%), в 4 раза меньше по сравнению с жителями крупных городов (25,3%) и в 2,7 раза – малых городов (17,3%). В двух последних категориях населенных пунктов иногда прибегает к практикам самолечения каждый 4-й опрошенный (22,7% в крупных городах и 27,4% в малых городах).

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их места жительства по отдельности (рис. 11).

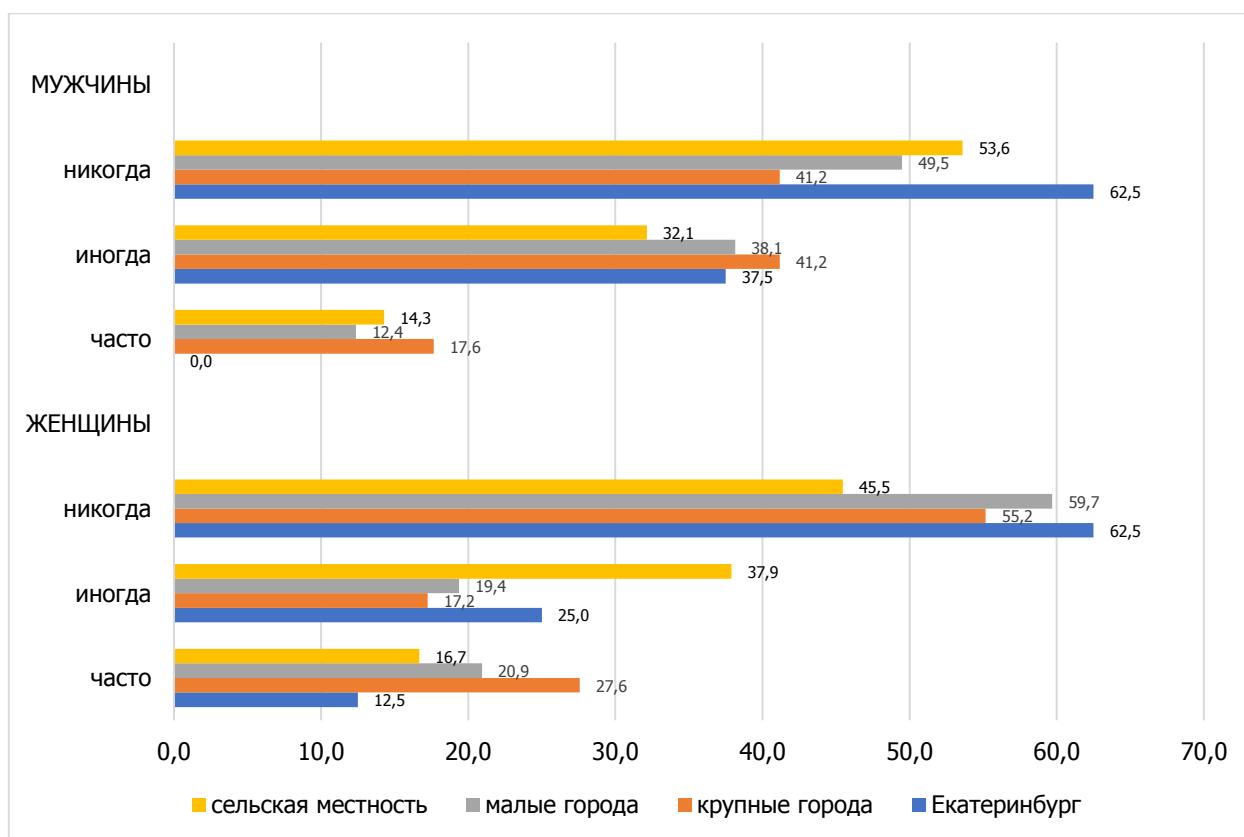


Рис. 11. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от места жительства (в % к общему числу по указанным группам респондентов, $n_2=261$ и $n_3=150$)

Анализ данных рис. 11 позволяет сделать следующие наблюдения:

1. В наибольшей степени неприятие самолечения выражено у мужчин и женщин – жителей Екатеринбурга (по 62,5%); свыше половины респондентов, также отрицающих возможность самолечения без обращения к врачу, представлено в группах женщин, проживающих в малых (59,7%) и крупных (55,2%) городах Свердловской области, а также среди мужчин – жителей села (53,6%). Наименьшее распространение приверженности лечению под контролем врача представлено среди мужчин, проживающих в крупных (41,4%) и малых (49,5%) городах.

2. Иногда практикуют самолечение мужчины трех групп по месту жительства: жители Екатеринбурга – в 1,5 раза чаще женщин (37,5% против 25,0%); крупных городов – в 2,4 раза чаще (41,2% против 17,2%); малых городов – почти вдвое чаще (38,1% против 19,4%). Лишь в сельской местности женщины на 5,8 п. п. опережают мужчин – 37,9% против 32,1%.

3. Часто практикуют самолечение женщины: в Екатеринбурге – 12,5% против 0,0% мужчин; в крупных городах области – 27,6% против 17,6% (в 1,5 раза чаще); в малых

городах – 20,9% против 12,4% (в 1,7 раза); в сельской местности – 16,7% против 14,3% (в 1,15 раза).

Анализируя проблемы распространенности самолечения среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения, следует обратить внимание как на экзогенные (внешние, объективные), так и на эндогенные (внутренние, субъективные) причины, о чем свидетельствуют данные проведенного опроса (рис. 12).



Рис. 12. Причины, влияющие на распространенность самолечения (в % к общему числу опрошенных, $n_1=411$)

К экзогенным можно отнести причины, отражающие состояние системы оказания медицинской помощи: 1) недоброжелательность медицинского персонала; 2) невнимательность врачей; 3) нет врача-специалиста; 4) далеко до поликлиники; 5) трудно попасть к врачу. К эндогенным можно отнести причины, зависящие от возможностей пациента: 1) недоверчивое отношение к врачам; 2) необходимость платить за обследование и лечение; 3) не хватает денег на лекарства; 4) собственная занятость; 5) боязнь потерять работу.

Хотя лидирующей причиной несвоевременной обращаемости пациентов к врачам, косвенно провоцирующей распространение самолечения, является «собственная занятость» (на нее указали 29,4% опрошенных), весомое значение имеют причины объективного плана: «трудно попасть к врачу» (19,2%), «нет врача-специалиста» (14,4%) и «далеко до поликлиники» (9,0%). Срединные места по значимости причин

для респондентов занимают причины материального плана: «не хватит денег на лекарства» (7,5%) и «необходимость платить за обследование и лечение» (6,5%).

Показательно, что бытующие в средствах массовой информации и в обыденном сознании причины, отражающие особенности коммуникаций медицинских работников (врачей, медсестер) и пациентов, набрали минимальное количество ответов, в том числе невнимательность врачей (4,7%), недоброжелательность медицинского персонала (2,8%) и недоверчивое отношение к врачам (2,0%), что свидетельствует о достаточно высоком уровне доверия к российской медицине, в частности, в области лечения заболеваний системы кровообращения. Интересно также то, что только 4,7% опрошенных в качестве значимой причины указали «боязнь потерять работу».

При сравнении ответов, данных мужчинами и женщинами, различия хоть и обнаруживаются, но по большей части минимальные. Например, женщины чаще, чем мужчины, жаловались на невнимательность врачей (в 3,7 раза), недоброжелательность медперсонала (в 1,3 раза), необходимость платить за обследование и лечение (в 1,2 раза), собственную занятость (на 2,6 п. п.). Для мужчин более весомыми, по сравнению с женщинами, оказались такие причины, как боязнь потерять работу (в 1,6 раза), «далеко до поликлиники» (в 1,5 раза), недоверие к врачам (в 1,3 раза), нехватка денег на лекарства (на 0,8 п. п.), «трудно попасть к врачу» (на 2,0 п. п.).

Комплексное изучение причин, провоцирующих обращаемость к самолечению, будет содействовать сокращению его распространенности и росту качества как диагностики, так и лечения заболеваний системы кровообращения.

Выводы

1. Женщины чаще мужчин обращаются за квалифицированной помощью к врачам-специалистам (55,2% против 50,0%), в меньшей степени практикуя самолечение. Тем самым, гипотеза № 1 о большей распространенности отрицания самолечения у мужчин не нашла своего подтверждения.

2. Максимальные показатели приверженности лечению у врача зафиксированы в возрастных группах женщин и мужчин до 29 лет (по 62,5%), женщин в возрастных группах от 30 до 49 лет (55,2%) и от 50 до 69 лет (59,7%), мужчин старше 70 лет (53,6%). Практикуют самолечение «иногда» или «часто» свыше половины опрошенных мужчин в возрастных группах от 30 до 49 лет (58,8%) и от 50 до 69 лет (50,5%), а также женщин старше 70 лет (54,5%). Таким образом, гипотеза № 2 о

более сознательной и осмысленной заботе мужчин о своем здоровье, повышающейся с возрастом, себя не оправдала.

3. Самый высокий показатель распространенности самолечения зафиксирован в группе респондентов с неполным средним образованием (51,3%); среди женщин этот показатель достигает 57,3%. В остальных группах (со средним, средним специальным и высшим образованием) к самолечению прибегают менее половины респондентов. В то же время отмечены исключения: приверженность самолечению в большей степени выражают группы мужчин с высшим (59,4%) и со средним специальным (53,4%) образованием. Тем самым, гипотеза № 3 о влиянии уровня образования на распространенность практик самолечения подтвердилась лишь частично.

4. Наибольшую приверженность лечению с обращением к врачу проявили женщины и мужчины, никогда не состоявшие в браке (75% и 66,7% соответственно), лица, состоящие в браке (56,1% женщин и 51,2% мужчин), а также разведенные женщины (53,1%). В относительно большей степени самолечение распространено в группах овдовевших женщин и мужчин (50,8% и 54,6%), а также в группе разведенных мужчин (100%). Таким образом, гипотеза № 4 о том, что состояние в браке провоцирует повышенную заботу о состоянии своего здоровья у мужчин и женщин, не подтвердилась.

5. Приверженность лечению у врача-специалиста в большей степени выражают как работающие респонденты, так и лица, находящиеся на пенсии, – и мужчины, и женщины. Самолечение распространено в группах неработающих граждан: обращаются в случае болезни к самолечению 58,3% мужчин и 61,5% женщин. Гипотеза № 5 нашла свое подтверждение в отношении отрицания самолечения среди работающих респондентов.

6. Максимальные показатели приверженности лечению заболевания под контролем врача достигнуты в Екатеринбурге, малых и крупных городах Свердловской области. В сельской местности самолечение практикуют 54,6% женщин, но только 46,4% мужчин. Тем самым, гипотеза № 6 о преимущественной распространенности практик самолечения в сельской местности подтвердилась лишь частично.

7. Исходя из проведенного анализа, можно смоделировать гипотетические образы мужчин и женщин, в наибольшей степени подверженных самолечению. Мужчина – проживает в крупном или малом городе, в возрасте 30-49 лет, с высшим образованием, работающий, разведенный. Женщина – проживает в сельской местности, в возрасте

30-49 лет, с неполным средним или средним специальным образованием, временно не работающая, вдова или разведенная.

В целом, гендерный анализ позволяет выявить группы пациентов с заболеваниями системы кровообращения, наиболее склонные к применению самолечения, приводящего к ухудшению состояния здоровья и дальнейшему прогрессированию заболевания.

Список литературы:

1. Ruiz M.E. Risks of self-medication practices. *Drug Safety*. 2010; 5(4): 315-23. doi: 10.2174/157488610792245966.
2. Eichenberg C., Auersperg F., Detlev Rusch B., Brähler E. Self-medication: a nationwide representative survey on motives, reasons and sources on consuming over-the-counter medication. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2015; 65(8): 304-10. doi: 10.1055/s-0035-1545311.
3. Hughes C.M., McElnay J.C., Fleming G.F. Benefits and risks of self-medication. *Drug Safety*. 2001; 24(14): 1027-37. doi: 10.2165/00002018-200124140-00002.
4. Montastruc J.L., Bondon-Guitton E., Abadie D., Lacroix I., Berreni A., Pignet G., Durrieu G., Sailler L., Giroud J.P., Damase M.C., Montastruc F. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. *Review Therapie*. 2016; 71(2): 257-62. doi: 10.1016/j.therap.2016.02.012.
5. Fainzang S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2013; 37(3): 488-504. doi: 10.1007/s11013-013-9330-2.
6. Machado-Alba J.E., Echeverri-Cataño L.F., Londoño-Builes M.J., Moreno-Gutiérrez P.A., Ochoa-Orozco S.A., Ruiz-Villa J.O. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. *Biomedica*. 2014; 34(4): 580-8. doi: 10.1590/S0120-41572014000400011.
7. Rogozea L., Dinu E.A., Constantin D., Leășu F.G. Self-Medicating for Pain: A Public Health Perspective. *American Journal of Therapeutics*. 2020; 27(4): e387-e391. doi: 10.1097/MJT.0000000000001173.
8. Noone J., Blanchette C.M. The value of self-medication: summary of existing evidence. *Journal of Medical Economics*. 2018; 21(2): 201-211. doi: 10.1080/13696998.2017.1390473.
9. Torres N.F., Chibi B., Middleton L.E., Solomon V.P., Mashamba-Thompson T.P. Evidence of factors influencing self-medication with antibiotics in low and middle-income

countries: a systematic scoping review. *Public Health Reports*. 2019; 168: 92-101. doi: 10.1016/j.puhe.2018.11.018.

10. Lifshitz A., Arrieta O., Burgos R., Campillo C., Celis M.Á., Llata M. de la, Domínguez J., Halabe J., Islas S., Jasso L., Moreno M., Plancarte R., Reyes-Sánchez A., Ruiz-Argüelles G., Soda A., Verástegui E., Sotelo J. Self-medication and self-prescription. *Gaceta medica de Mexico*. 2020; 156(6): 600-602. doi: 10.24875/GMM.M21000456.

11. Дмитриев М.Э., Зимоха А.Ю., Попович Л.Д. Возможности реализации концепции ответственного самолечения в России // Финансы и бизнес. 2021. Т. 17. № 1. С. 94-104. DOI: 10.31085/1814-4802-2021-17-1-94-104.

12. Пономарева А.А., Коньшкина Т.М., Мищенко Е.С. Оценка роли фармацевтических специалистов в реализации концепции ответственного самолечения // Евразийское научное объединение. 2020. № 11-3(69). С. 208-211.

13. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В., Драпкина О.М. Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. № 14(1). С. 101-110. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110.

14. Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики // Здоровье населения и среда обитания – ЗНИСО. 2021. Т. 29. № 7. С. 19-27. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-7-19-27.

15. Степанова М.В., Петрова Л.Е., Кузьмин К.В. Реклама, вера в таблетки, дефицит времени и доверие врачу: фармацевты и пациенты о распространенности практик самолечения в России // Системная интеграция в здравоохранении. 2022. № 1(54). С. 28-42.

16. Климова Т.М., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш. Распространенность практики самолечения антибиотиками в Республике Саха (Якутия) // Общественное здоровье и здравоохранение. 2017. № 2(54). С. 5-9.

17. Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш., Абросимова Н.В. Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций // Здравоохранение Дальнего Востока. 2011. № 2(48). С. 83-86.

18. Жаркова Л.П., Андреева И.В., Пасечник Е.С., Козлов С.Н. Практика самолечения в городах России: результаты многоцентрового описательного исследования "Фарсар" // Клиническая фармакология и терапия. 2016. Т. 25. № 2. С. 13-19.

19. Крамарь Л.В. Распространенность самолечения при острых респираторных инфекциях у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66. № 4. С. 311.

20. Тихонова Н.В., Олохова Е.А., Жарова А.В., Мысик М.Ю., Волкова О.А. Современные аспекты медико-социального сопровождения пациентов пожилого возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 6. С. 1308-1313. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1308-1313.

© Казанцева А.В., Набойченко Е.С., Климова М.А., Сабирьянова А.Р.

УДК 614.2

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВETERANAM В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Казанцева А.В.¹, Набойченко Е.С.¹, Климова М.А.², Сабирьянова А.Р.²

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава
России,

² ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический
госпиталь для ветеранов войн»

Резюме. В статье представлен анализ организации оказания медицинской помощи ветеранам боевых действий в Свердловской области. В 2020 г. доля госпитализированных снизилась на 24,2% в связи перепрофилированием медицинских организаций для оказания помощи пациентам с COVID-19. Охват плановой госпитализацией в ГАУЗ СО «СОКП ГВВ» в 2020 г. остался на прежнем уровне; сократилась доля пролеченных среди более возрастных категорий ветеранов и произошло увеличение числа направлений участников боевых действий. С целью повышения доступности медицинской помощи Министерством здравоохранения региона с 2021 г. организовано назначение ответственных врачей по работе с ветеранами в медицинских организациях по месту жительства.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, ветераны, инвалиды войны.

TOPICAL ISSUES OF PROVIDING MEDICAL CARE TO VETERANS IN THE SVERDLOVSK REGION

Kazantseva A.V.¹, Naboychenko E.S.¹, Klimova M.A.², Sabiryanova A.R.²

¹Ural State Medical University

²Sverdlovsk Regional Psychoneurological Therapy war veterans hospital

Summary. The article presents an analysis of the organization of medical care for war veterans in the Sverdlovsk region. In 2020, the share of hospitalizations decreased by 24.2% due to the reprofiling of medical organizations to provide care to patients with COVID-19. In 2020, the coverage of planned hospitalization in GAUZ SO "SOKP GVV" remained at the same level; the proportion of veterans treated among older categories has decreased and there has been an increase in the number of referrals for combatants. In order to increase the availability of medical care, since 2021 the Ministry of Health of the region has organized

the appointment of responsible doctors for working with veterans in medical organizations at the place of residence.

Key words: availability of medical care, veterans, war invalids.

Введение

Войны и вооруженные конфликты XX–XXI вв., а также возникновение новых «горячих точек», обуславливают сохраняющуюся актуальность оказания медицинской помощи и динамического наблюдения за ветеранами, в том числе с учетом особенностей посттравматических состояний. Этот аспект представляет особую социальную значимость в связи с ранней инвалидизацией участников боевых действий и необходимостью длительной многопрофильной реабилитации. Следует принимать во внимание, что бывшие военнослужащие при переходе к мирным условиям прежде всего преодолевают последствия боевой обстановки и восстанавливают утраченные социальные связи. Поэтому следует вести речь и о социальной реабилитации, в которой нуждаются военнослужащие – ветераны войн и военных конфликтов [1].

Категория участников боевых действий, включает большую группу лиц, как военнослужащих, так и гражданских, которые принимали участие в боях, обслуживали воинские части, получили награду или были ранены. Также, значимая доля больных приходится на инвалидов боевых действий: военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при защите Отечества или исполнении обязанностей военной службы на фронте или в районах боевых действий.

В соответствии с федеральным законодательством ветераны, инвалиды и участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий, лица, приравненные к ним по льготе, имеют дополнительные государственные гарантии в сфере охраны здоровья [2, 3]. Для повышения доступности медицинской помощи для данного контингента пациентов в Российской Федерации созданы специализированные медицинские организации – госпитали ветеранов войн. В Свердловской области таким учреждением является Областной психоневрологический госпиталь для ветеранов войн (СОКП ГВВ), специализирующимся на лечении, реабилитации и социальной адаптации пациентов с последствиями травмы черепа и головного мозга в сочетании с терапевтическими и хирургическими заболеваниями [4].

Цель работы

Оценить доступность медицинской помощи ветеранам Великой Отечественной Войны, ветеранам и инвалидам боевых действий в Свердловской области.

Материалы и методы

Использованы сведения об оказании медицинской помощи ветеранам Свердловской области за период 2018–2020 гг. по данным официальных отчетов Министерства здравоохранения Свердловской области (формы 30, т. 2600.) и внутренних отчетных форм СОКП ГВВ. Для обработки данных использован статистический метод с расчетом относительных показателей.

Результаты и обсуждение

В Свердловской области для ветеранов Великой Отечественной Войны, ветеранов и инвалидов боевых действий выстроена трехуровневая система медицинского обеспечения. К первому уровню относятся 77 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь приближенно к месту жительства [5]. В задачи данных учреждений входит оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе динамическое наблюдение, диспансеризация и направление на плановую госпитализацию [6]. Данные мероприятия направлены на ранее/своевременное выявление хронических, в том числе социально-значимых заболеваний, их вторичную профилактику и лечение. Однако этот метод не позволяет учитывать в полной мере особенности посттравматических состояний, после которых требуется как длительное медицинское, так и психолого-социальное наблюдение.

За период 2018–2019 гг. в Свердловской области было охвачено диспансеризацией 82,3% ветеранов, из них наибольший охват среди категорий участников Великой Отечественной Войны, инвалидов армии и воинов-интернационалистов (см табл. 1). В 2020 г. в следствие принятия ограничительных мер по предотвращению распространения COVID-19 и приостановке оказания плановой помощи доля охваченных диспансеризацией снизилась на 11,2% составив 73,1%, с наибольшим охватом по аналогичным категориям.

Таблица 1

Доля ветеранов, охваченных диспансеризацией в медицинских организациях
Свердловской области, 2018–2020 гг., %

Категории ветеранов	2018 г.	2019 г.	2020 г.
По всем контингентам из них:	82,3%	82,3%	73,1%
Участники Великой Отечественной Войны	100%	100%	100%
Инвалиды Советской и Российской армий	92%	86,0+7%	77,2%
Воины-интернационалисты	94,3%	91,9%	91,4%
Участники контртеррористических операций на Северном Кавказе	78,7%	71,9%	61,7%
Участники боевых действий в республике Афганистан	87,2%	84,4%	70,5%

В связи с возрастными и социальными особенностями распространенность заболеваний среди контингента ветеранов выше, что обуславливает большую потребность в оказании плановой специализированной медицинской помощи. По результатам диспансеризации участковый врач имеет возможность определить показания для дальнейшего лечения, в том числе в направлении на плановую госпитализацию как в стационар по месту жительства, так и в специализированные медицинские организации. В Свердловской области медицинской организацией третьего уровня для оказания консультативной и стационарной помощи ветеранам является СОКП ГВВ. Мощность госпиталя составляет 1147 коек, из них 750 психоневрологического профиля, 90 терапевтических и 307 хирургических профилей. При госпитале организована консультативно-диагностическая поликлиника на 600 посещений в смену, включая психоневрологический, офтальмологический, наркологический, хирургический, терапевтический и дерматовенерологический приемы, а также койки дневного стационара. Помимо медицинской помощи оказывается психологическая, логопедическая и социальная помощь (содействие в оформлении документов, консультации, организация культурных и образовательных мероприятий в госпитале) как для амбулаторных, так и для стационарных пациентов-ветеранов.

По данным Минздрава Свердловской области наибольшая доля выписанных из

круглосуточного стационара по поводу плановой госпитализации от числа нуждавшихся ветеранов приходится на 2019 г. – 92,2%, в т.ч. в СОКП ГВВ - 45,2%. Среди категорий наблюдалась равная доступность плановых госпитализаций в целом. Среди госпитализированных в СОКП ГВВ отмечались следующие различия: наиболее высокая доля охвата приходилась на категории инвалидов Советской и Российской армий (93,1%) и воинов-интернационалистов (54,7%) (см табл. 2). Низкий охват категории участников Великой Отечественной Войны (37%) вероятно связан с пожилым возрастом данных пациентов и сложностью доезда на лечение в другой город. При этом отмечен небольшой охват и более «молодых» ветеранов, вероятно связанный с недостаточным обследованием пациентов данных категорий в поликлиниках по месту жительства.

В 2020 г. доля госпитализированных в плановой форме снизилась на 24,2% в связи карантинными ограничениями и перепрофилированием большинства медицинских организаций для оказания неотложной помощи пациентам с COVID-19. Не смотря на работу основного корпуса СОКП ГВВ в 2020 г. в качестве инфекционного в течение 6 месяцев и постоянной работы только 290 (39%) психоневрологических коек, охват плановой госпитализацией остался на прежнем уровне – 45,9% от числа нуждавшихся, что отчасти может быть связано и с меньшим направлением контингента от врачей по месту жительства в период пандемии. В 2020 г. изменилась структура выписанных в СОКП ГВВ: сократилась доля пролеченных среди более возрастных категорий ветеранов и произошло увеличение числа направлений в госпиталь участников боевых действий в республике Афганистан и контртеррористических операций на Северном Кавказе (см табл. 2). Такое изменение вероятно связано с карантинными ограничениями для лиц 70 лет и старше рекомендовавшие сокращение социальных контактов и более частому обращению за медицинской помощью по месту жительства категорий участников боевых действий.

Таблица 2

Доля ветеранов, выписанных из круглосуточного стационара по поводу плановой госпитализации, % от числа нуждавшихся

Категории ветеранов	2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	Всего	В т.ч. в СОКП ГВВ	Всего	В т.ч. в СОКП ГВВ	Всего	В т.ч. в СОКП ГВВ
По всем контингентам из них:	86,9%	44,9%	92,2%	45,2%	69,9%	45,9%
Участники Великой Отечественной Войны	94,5%	39,7%	92,1%	37,0%	93,5%	15,3%
Инвалиды Советской и Российской армий	89,1%	70,1%	93,5%	93,1%	69,7%	51,9%
Воины-интернационалисты	90,7%	64,7%	91,3%	54,7%	76,4%	28,2%
Участники контртеррористических операций на Северном Кавказе	87,5%	37,1%	89,7%	31,2%	87,7%	76,6%
Участники боевых действий в республике Афганистан	93,4%	55,5%	99,4%	34,8%	97,4%	72,4%

При анализе данных внутренних отчетных форм СОКП ГВВ о распределении пролеченных больных по категориям льгот отмечается, что преобладающим контингентом также являются участники боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе, а также инвалиды армий (см табл. 3).

В 2020 г. структура пролеченных по категориям отличается в сторону преобладания нельготных категорий вследствие перепрофилирования госпиталя для оказания неотложной помощи больным новой коронавирусной инфекцией.

Таблица 3

Распределение выписанных пациентов СОКП ГВВ по категориям, %

Категории ветеранов	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Участники Великой Отечественной Войны	3,2	2,3	2,1
Инвалиды Советской и Российской армий	16,5	15,8	14,4
Воины-интернационалисты	2,4	2,2	0,7
Участники контртеррористических операций на Северном Кавказе	18,2	18,1	9,3
Участники боевых действий в республике Афганистан	24,8	26,1	16,5
Другие категории	34,9	35,5	57
Всего	100	100	100

При анализе распределения пациентов СОКП ГВВ по возрасту отмечается превалирование доли лиц трудоспособного возраста $73,0 \pm 2,6\%$ (см рис. 1). При распределении по полу основным контингентом стабильно являются мужчины в среднем $85,9 \pm 1,1\%$ за анализируемый период.

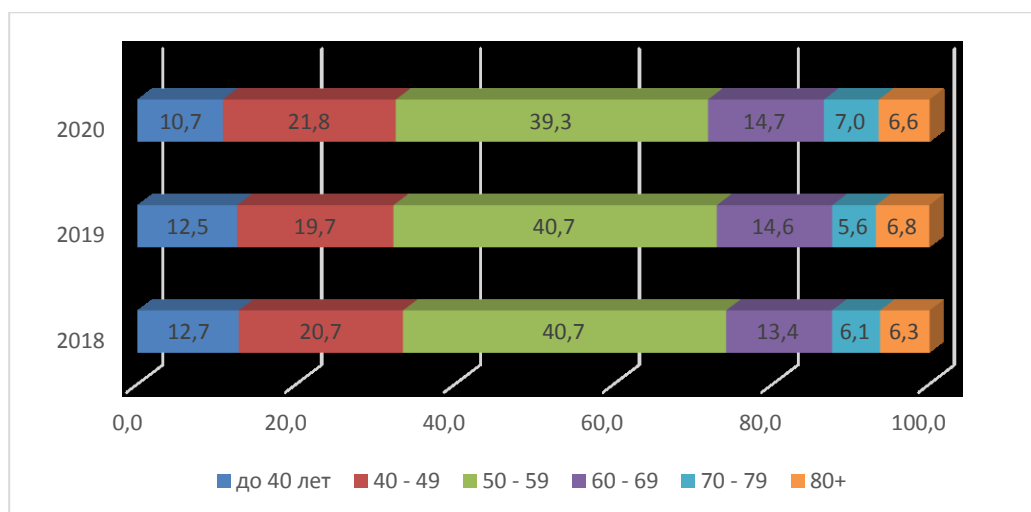


Рис. 1. Распределение пролеченных по возрасту, %

В настоящее время наибольшее количество и доля ветеранов, нуждающихся и получающих медицинскую помощь, в том числе специализированную, составляют пациенты-мужчины трудоспособного и раннего пенсионного возраста. Бывшие участники боевых действий при своевременном лечении и реабилитации могут представлять экономический резерв страны. Однако вследствие психолого-

социальных особенностей данный контингент не всегда привержен к самостоятельному обращению за медицинской помощью по месту жительства. Таким образом возрастает значимость активного выявления патологий, в том числе путем проведения диспансеризации, индивидуальный учет и анализ медицинской помощи, оказанной ветеранам.

Перед медицинскими учреждениями, которые занимаются обслуживанием льготных категорий граждан, стоит задача оптимизации и повышения качества медицинской помощи, что требует координации деятельности управленческих и клинических служб. Так в регионе в целях повышения доступности и качества медицинского обеспечения ветеранов согласно приказу Минздрава Свердловской области от 30.04.2021 №916-п «Об организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения инвалидами и участникам великой Отечественной войны, и лицам, к ним приравненным, в медицинских учреждениях Свердловской области» организован ежемесячный и ежегодный мониторинг среди больниц, имеющих прикрепленное население. Куратором формирования и представления анализа сводных отчетов назначен СОКП ГВВ.

В целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи инвалидам и участникам Великой Отечественной войны, и лицам, к ним приравненным, в медицинских организациях Свердловской области региональным Министерством здравоохранения от 29 декабря 2021 г. издан приказ №3081-п «О создании системы ответственных врачей по работе с ветеранами Великой Отечественной войны, ветеранами и инвалидами боевых действий в медицинских организациях Свердловской области». Согласно данного приказа руководителями медицинских организаций назначены ответственные врачи по работе с ветеранами, отвечающий за персонифицированный учет и обеспечение доступности оказания медицинской помощи данной категории лиц, включая их информирование, организацию прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, планировать их лечение и реабилитацию, в том числе путем направления в СОКП ГВВ, осуществлять взаимодействие с общественными организациями. На организационно-методический отдел СОКП ГВВ, как учреждения третьего уровня, возложено методическое руководство деятельностью ответственных врачей.

Вступление в силу данного приказа позволит скоординировать работу по активному

выявлению заболеваний среди категорий ветеранов ответственным врачом по месту жительства и повысить доступность специализированной помощи для нуждающихся, что в свою очередь будет способствовать повышению качества жизни ветеранов.

Выводы

Категория ветеранов и участников войн и боевых действий представляет социальную значимость вследствие повышенной потребности в медицинской и психолого-социальной помощи и реабилитации в течение жизни, что гарантировано законодательством России. В настоящее время в Свердловской области реализуются управленческие решения по контролю и повышению качества медицинской помощи данному контингенту как по месту жительства, так и в специализированном госпитале.

Список литературы

1. Нечипоренко В.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 4. – С 22–26.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. 2011. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения 25 марта 2022 г.)
3. О ветеранах: федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ в ред. от 16.02.2022 // Собрание законодательства РФ. – 1995. – С. 168.
4. Сеницын А.В. Тыл – второй фронт // Уральский следопыт. – 2001. – Праздничный выпуск. – С. 80.
5. Об организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения инвалидам и участникам Великой Отечественной войны, и лицам, к ним приравненным, в медицинских учреждениях Свердловской области: приказ Министерства Здравоохранения Свердловской области от 30.04.2021 № 916-п [Интернет]. 2021. URL: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/5737/916-p.pdf> (Дата обращения 25 марта 2022 г.)
6. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы: монография. - Моск. ун-та, 2012. – 240 с.

© Алдушина А.Д.

УДК 159.95

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ

Алдушина А.Д.¹

*¹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

Резюме. В данной статье рассматриваются особенности протекания высших психических функций, в условиях старения мозга. Предлагаются конкретные рекомендации по взаимодействию с родственниками, которым поставлен диагноз «деменция», а также упражнения, способствующие поддержанию когнитивного статуса.

Ключевые слова: старение, деменция, рекомендации, взаимодействие с пациентами, когнитивные функции, тренировка памяти.

RECOMMENDATIONS TO RELATIVES OF PATIENTS SUFFERING FROM DEMENTIA

Aldushina A.D.¹

*¹Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Summary. This article discusses the features of the course of higher mental functions in the conditions of aging of the brain. Specific recommendations are offered for interaction with relatives who have been diagnosed with dementia, as well as exercises that help maintain cognitive status.

Key words: aging, dementia, recommendations, interaction with patients, cognitive functions, memory training.

Введение

В настоящее время проблема изучения позднего возраста приобрела большую значимость. Это связано с демографической тенденцией последнего столетия, характеризуемой как старение населения мира, то есть увеличение доли пожилых и старых людей в популяции (особенно в высокоразвитых странах). Актуальными стали

вопросы поддержания соматического и психического здоровья, изучение особенностей протекания телесных заболеваний, психических отклонений, а также социально-психологических проблем, характерных для пожилого и старческого возраста.

Цель работы

Рассмотреть возрастные изменения в психической деятельности в связи с особыми условиями функционирования мозга в позднем возрасте и предложить способы взаимодействия с родственниками, которым поставлен диагноз «деменция», указать возможные способы коррекции нарушений высших психических функций.

Материалы и методы

В работе были использованы теоретические методы, такие как анализ и обобщение клинико-психологических данных по проблеме исследования, беседа, опрос.

Результаты и обсуждение

Деменция – приобретенная форма слабоумия, которая связана с ослаблением интеллектуальных способностей, эмоциональным обеднением, затруднением использования прошлого опыта [1].

Деменция связана с органическими изменениями головного мозга, такими как демиелинизация, уменьшение массы мозга (примерно на 6%. Больше всего потерь массы мозга приходится на третий функциональный блок, т.е. на лобные отделы коры), сглаживание рельефа мозга, замена нервных клеток соединительными.

Чаще всего деменция становится заметной у людей старше 60 лет. Но, как правило, до появления первых симптомов она протекает в скрытой форме, практически бессимптомно. Таким образом, важно выделить симптомы, на которые необходимо обратить внимания для своевременной диагностики и лечения деменции. Симптомами со стороны когнитивной сферы могут быть нарушения памяти (проявляются в трудностях запоминания новой информации, а в более тяжелых случаях – в затруднении воспроизведения ранее усвоенной); нарушения мышления (снижение гибкости и целенаправленности мышления, снижение динамики и ригидность, снижение возможности многоканальной переработки информации); нарушения в ориентировке (проявляются в трудностях называния текущей даты, сложностях узнавания знакомых мест). Со стороны эмоционально-личностной сферы могут появиться такие симптомы как лабильность эмоций; повышенная раздражительность и агрессивность; апатия и снижение уровня интересов; тревожность, страхи;

депрессивные состояния; расстройства пищевого поведения; снижение критики; бесцельная двигательная активность (перекладывание предметов, хождение по комнате из угла в угол, собирание одежды в складочки и распрямление их и т.д.) [2]

Уход за родственником, которому поставлен диагноз «деменция» – это трудная и изматывающая жизненная ситуация. Когда миссия ухода за больным ложится на неподготовленных людей, это может привести к тревоге и эмоциональному выгоранию.

Беседа и опрос родственников пациентов с деменцией позволяют выделить ряд проблем взаимодействия, которые выступают на первый план. К ним относятся нарушения памяти, мешающие повседневной деятельности больных, сложности понимания речи, агрессия и обидчивость со стороны больного, различные поведенческие нарушения (перекладывание вещей, уход из дома и т.д.). Таким образом, важным является процесс взаимодействия с пациентом. Можно предложить ряд рекомендаций, которые помогут в решении данной задачи.

1) Больные не всегда понимают содержание речи, но, как правило, понимают мимику и интонации, поэтому важно говорить с ними спокойным, доброжелательным тоном.

2) Говорите четко и медленно, простыми и короткими предложениями. Старайтесь, чтобы во время разговора не было посторонних шумов – телевизора, музыки, громких звуков – всё это дополнительные помехи для понимания и восприятия. Желательно, чтобы в один момент времени с пациентом говорил только один человек.

3) Давайте простые задания и инструкции. Тщательно продумайте занятия и обязанности, они должны поддерживать чувство самоуважения, придавать жизни цель и значение.

4) Воздержитесь от конфликтов. Старайтесь сохранять спокойствие, не высказывать страха, гнева или беспокойства. В общении стремитесь к заботливому, но при этом уверенному и четкому тону.

5) При появлении агрессии - не спорьте и не командуйте. Наоборот, говорите с помощью успокаивающих и ласковых интонаций, постарайтесь отвлечь внимание на интересное, спокойное занятие.

6) Если есть необходимость что-то изменить в привычном образе жизни, вводите изменения «порциями». Постепенное введение нового снижает остроту чувства неловкости.

7) Если больной не узнает своих родных, познакомьтесь (поздоровайтесь и представьтесь), успокойте его (говорите мягко, будьте готовы повторять несколько раз). Будьте рядом, сохраняйте зрительный контакт и попробуйте переключить внимание человека на что-то другое (пейзаж за окном, погоду).

8) Если больной все время совершает некие стереотипные движения можно дать ему что-нибудь, чем он может занять свои руки, например, мягкий мяч, который можно сжимать, или одежду, которую можно складывать.

9) Иногда у больных проявляется склонность к уходу из дома, бродяжничеству. Больной может уйти и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении и заблудиться, оказаться даже в другом городе. Сделайте так, чтобы у него всегда был при себе какой-либо документ, удостоверяющий личность. Убедитесь в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что в доме/квартире больной находится в безопасности и без Вашего ведома не сможет уйти из дома.

10) Позаботьтесь о безопасности в доме. Потеря памяти и координации движений повышают опасность травмирования, желательно оградить от пользования электроприборами, газовой плитой и т.п. в ваше отсутствие.

11) Используйте наглядные пособия для поддержки памяти больного. Они помогут ему вспоминать определённые вещи и избегать путаницы.

12) Поощряйте спортивные занятия или физические упражнения.

13) Помогите поддерживать связь с реальностью. Разговаривайте с ним о знакомых ему предметах, о людях или событиях. Просите его смотреть на часы, в календарь, читать газеты и журналы

14) Побуждайте к сильной умственной деятельности. Она должна соответствовать состоянию способностей и не перенапрягать. Для тренировки памяти, внимания, мышления можно использовать такие задания как сортировка фигур (предметов) по цвету, размеру; собирание паззлов; решение лабиринтов; запоминание и последующее воспроизведение по памяти картинок, предметов в помещениях геометрических фигуры и т.д.; пересказ маленьких рассказов, историй, фильмов, книг, ранее прочитанных и просмотренных. Занятия по коррекции высших психических функций необходимо проводить 2–3 раза в день по 30–40 минут (ежедневно) [3, 4].

Выводы

Рассмотренные особенности психической деятельности, связанные с особыми условиями функционирования мозга в позднем возрасте, а также беседа и опрос родственников пациентов с деменцией позволили выделить актуальные аспекты взаимодействия с данной категорией лиц, предложить способы взаимодействия, а также указать возможные способы коррекции нарушений высших психических функций.

Список литературы

1. Авдеева, Н.Н. Большой психологический словарь / Н.Н. Авдеева и др. // под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - 4-е изд., расш. - Москва: АСТ; Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2009. - 811 с.
2. Яхно, Н.Н. Деменции: руководство для врачей / Н.Н.Яхно, В.В.Захаров, А.Б.Локшина, Н.Н.Коберская, Э.А.Мхитарян. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 272 с.
3. Носкова, И.С. Долговременный уход за пожилыми людьми с деменцией / И.С. Носкова, К.О. Ивко, Е.В. Крохмалева, Н.М. Позднякова // Медицинская сестра. 2018; 20 (5): 23-26.
4. Горелик, С.Г. Деменция. / С.Г. Горелик, М.В. Оробцова, И.В. Авдеева, И.Х. Муталиев // Медицинская сестра. 2018; 20 (5): 16-19.

© Ануфриева Д.В., Дубровина А.Д., Сабитова Д.Р., Соловьева С.Н.

УДК 004.932.2

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЦИФРОВОГО СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ануфриева Д.В.¹, Дубровина А.Д.¹, Сабитова Д.Р.¹, Соловьева С.Н.²

¹Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б.Н.Ельцина,
г. Екатеринбург

² ООО «Научно-исследовательский центр «Авантренд», г. Екатеринбург

Резюме. В статье рассмотрена проблема обработки суммационных изображений и приведены некоторые методы, позволяющие работать с данным типом снимков и извлекать из них нужные признаки. При этом каждый из этих методов имеет свои недостатки, связанные с тем, что не учитываются особенности суммационных изображений. По этой причине существует необходимость создания нового метода, позволяющего улучшить процесс снятия информации с таких изображений.

Ключевые слова: методы обработки маммограмм, суммационное изображение, суммационный эффект, анализ изображений.

INFORMATIONAL PREREQUISITES FOR THE DEVELOPMENT OF DIGITAL BREAST CANCER SCREENING

Anufrieva D.V.¹, Dubrovina A.D.¹, Sabytova D.R.¹, Solovyeva S.N.²

¹ Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia

² LLC Research Center «Avantrend», Yekaterinburg, Russia

Summary. The article considers the problem of processing summation images and presents some methods that allow to work with this type of images and extract the necessary features from them. At the same time, each of these methods has its drawbacks related to the fact that the features of summation images are not taken into account. For this reason, there is a need to create a new method to improve the process of extracting information from such images.

Key words: mammogram processing methods, summation image, summation effect, image analysis.

Введение

В настоящее время болезни молочной железы занимают первые позиции среди заболеваний женского населения. Длительное время специалисты предпринимают

попытки использования различных способов для выявления данных заболеваний на ранних стадиях, следствием чего будет являться снижение смертности и увеличение медианы выживаемости при данных группах патологий. Однако на сегодняшний день ни один из способов не является в полной мере достаточным для наиболее точной диагностики раннего развития рака молочной железы из-за отсутствия необходимого количества выявляемых со снимка признаков для определения патологий.

Проблематика маммографических снимков

Медицинское изображение – это структурно - функциональный образ органов человека, предназначенный для диагностики заболеваний и изучения анатомо-физиологической картины организма [1].

Первичные графически данные, получаемые при сканировании пациентов, не всегда дают четкую картинку. Медицинские изображения часто могут быть сложными для интерпретации из-за нечеткой структуры.

Маммография — это метод рентгеновской визуализации, используемый для исследования молочной железы с целью раннего выявления рака и других заболеваний молочной железы. Он используется как диагностический и скрининговый инструмент.

Маммограммы, полученные после исследования, имеют как преимущества, так и недостатки. Преимущество: простота и быстрота метода. Недостатком является то, что изображение при данном типе исследования является плоскостным и суммационным. Суммационный эффект заключается в наложении различных тканей и органов при рентгеновском излучении. Суммационный характер изображения определяет не только суммацию, но и субтракцию (вычитание) теней изучаемых структур. За счет такого наложения не всегда можно точно локализовать патологические изменения.

При выполнении анализа медицинского изображения могут возникнуть проблемы. С одной стороны, эти проблемы обусловлены ограниченностью зрительной системы врача, с другой – спецификой изображений, приведенной ранее. Для решения проблемы суммационных изображений предпринимаются попытки использования разных методов, таких как радиомика, вейвлет-преобразования, классификация большого набора данных маммограмм с использованием глубокого обучения и т.д.

Методы обработки суммационных изображений

Рассмотрим три метода для обработки суммационных снимков:

- радиомика;

- классификация большого набора данных маммограмм с использованием глубокого обучения;
- вейвлет-преобразования.

Радиомика

Радиомику можно рассматривать как метод, предлагающий извлечение большого числа количественных многомерных данных с изображений при помощи компьютерных алгоритмов.

В радиомике выделяются следующие стадии:

- получение изображений;
- выделение области интереса;
- извлечение радиомических признаков из области интереса с помощью методов текстурного анализа;
- анализ текстурных признаков изображения [2].

На рисунке 1 представлена алгоритмическая модель этапов работы с радиомикой.



Рис.1. Алгоритмическая модель работы с радиомикой

При получении изображений необходимо произвести их сегментацию и выделить области интереса. Некоторые патологии могут иметь неправильную форму и нечеткие контуры, что вызывает сложности при их сегментации. Из-за этого лучшим решением

будет использование программного обеспечения (ПО) для полного или частично автоматизированного определения области интереса. Однако область интереса может содержать как всю патологию, так и некоторые её части ввиду того, что процесс выбора области не имеет четкой стандартизации [3].

После определения области интереса идет применение текстурного анализа изображения. При снятии с изображения количественные признаки подразделяются на следующие категории:

- морфологические;
- гистограммные признаки (интенсивность уровней серого тона) первого, второго и более высоких порядков [4].

Морфологические признаки показывают не только форму образования, но и размер, а также контуры области интереса.

Гистограммные признаки первого порядка описывают распределение интенсивностей уровня серого для пикселей, ограниченных областью интереса [5]. В этой категории характерными признаками являются медиана и среднее, что характеризуют ширину диапазона интенсивности, а также энтропия, что является мерой распределения интенсивности.

Гистограммные признаки второго порядка можно называть текстурными признаками. Эти признаки показывают отношение в пространстве между двумя соседними пикселями с одними и теми же или разными значениями яркости [5].

Также существуют различные методы извлечения текстурных признаков. Например, один из них основан на матрице совместной встречаемости на уровне серого (gray level co-occurrence matrix). Значения яркости серого являются строками и столбцами данной матрицы, а ячейки отражают количество раз, когда в определенной взаимосвязи находятся соответствующие значения. На рисунке 2 приведено сравнение признаков первого и второго порядка.

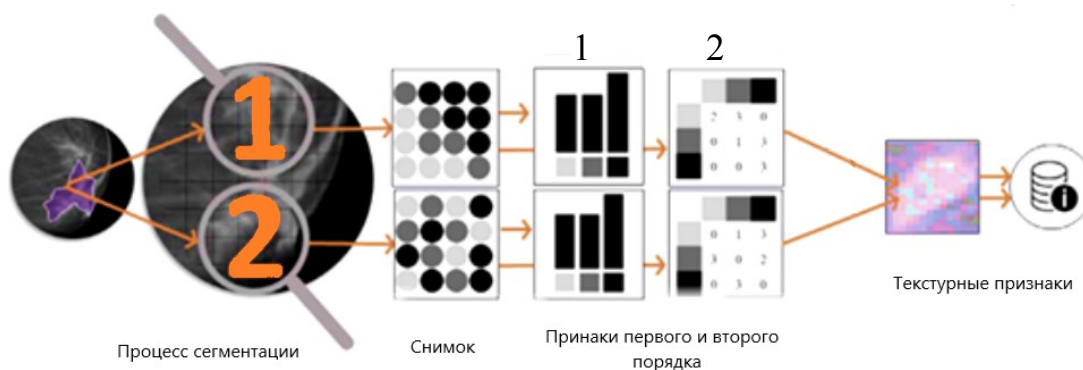


Рис.2. Сравнение признаков первого и второго порядка

В первом случае были использованы гистограммные признаки первого порядка. Здесь гистограммы, основанные на пикселях определенных оттенков, одинаковы. Во втором случае использовалась матрица уровня серого (гистограммные признаки второго уровня). Именно эта матрица показывает текстуру изображения. В дальнейшем с помощью математических вычислений из полученных результатов рассчитываются текстурные признаки, которые могут быть использованы для моделирования.

После получения радиомических признаков их можно анализировать несколькими способами, такими как составление статистических моделей, использование методов машинного обучения и т.д. в зависимости от поставленной задачи. Для упрощения проведения анализа данный этап подразделяется на два подраздела:

- первый раздел – этап отбора или сокращения признаков ввиду огромного количества данных, которые снимаются с изображений;
- второй раздел – этап многомерного анализа данных, а также построения моделей описательных, предиктивных, объяснительных групп.

Для представления основных характеристик и общего описания каждого отдельно взятого признака используются описательные модели. Предиктивные модели направлены на анализ степени вероятности определенных исходов, основываясь на входных данных. В основном создание таких моделей опирается на методы машинного обучения.

Хочется отметить, что на каждом этапе в радиомике есть свои собственные недостатки. Например, невозможно получить одни и те же структурные признаки при существующем множестве разного оборудования и протоколов визуализации, сегментация образования по золотому стандарту вручную занимает немало времени и зависит индивидуально от оператора, автоматическая и полуавтоматическая

сегментация не имеют определенного стандарта, существует необходимость снижения размеров данных из-за частой повторяемости между текстурными признаками, отсутствует однозначное объяснение связи между человеческой тканью и единицей радиомикки – базовым блоком текстуры [7]. К тому же, ни один из этапов не может предложить решение основной проблемы суммационных снимков, что в значительной степени затрудняет проведение точной диагностики РМЖ.

Классификация большого набора данных маммограмм с использованием глубокого обучения

Следующей из рассматриваемых методов обработки, появившейся относительно недавно, является классификация большого набора данных маммограмм с использованием глубокого обучения: сверточная нейронная сеть-дискретный вейвлет (CNN-DW) и сверточная нейронная сеть-криволинейное преобразование (CNN-CT). Дополненный набор данных генерируется с помощью патчей маммограммы и фильтрации данных, напротив, ограниченным адаптивным выравниванием гистограммы (CLAFHE). При этом в качестве классификаторов используется слой softmax и машинный слой опорных векторов. Результаты показали, что CNN-DW и CNN-CT достигли показателей точности 81,83% и 83,74% соответственно. Использовалась нейронная сеть вейвлет-свертки для обнаружения спикублированных результатов в низкоконтрастных шумных маммограммах, таких как архитектурные искажения и спикублированные массы [8].

Вейвлет-преобразования

Еще один существующий для работы с маммографическими снимками метод — это двумерный (2D) метод вейвлет-преобразования. Он является методом для извлечения спектральной информации исходных изображений. В медицинской области 2D вейвлет-преобразование применяется для сжатия данных, улучшения изображения, удаления шума и т.д. В вейвлет-анализе изображение инициализируется на уровне 0. Изображение разлагается на четыре компонента уровня 1: один низкочастотный компонент и три высокочастотных компонента. Сглаженное изображение может быть получено из низкочастотного компонента (low-low component: LL), а детализированные изображения могут быть получены из трех высокочастотных компонентов, т.е. высокочастотного компонента low-high (LH), высокочастотного компонента high-low (HL) и высокочастотного компонента high-high (HH). Поэтому низкочастотные компоненты и высокочастотные компоненты также называются

сглаженными компонентами и детализированными компонентами соответственно. Декомпозиция далее выполняется на компоненте LL. Когда декомпозиция выполняется непрерывно, разрешение изображения соответственно уменьшается. В общем случае, когда вейвлет-преобразование выполняется на заданном изображении размера $N \times N$, размеры четырех разложенных компонентов уменьшаются до $N / 4 \times N / 4$. Одним из недостатков децимированного вейвлет-преобразования является то, что он не является инвариантным к сдвигу. В результате может произойти исчезновение контуров разложенных изображений [9].

Выводы

Таким образом, существующие методы обработки суммационных изображений, используемые для решения проблемы анализа маммограмм, не позволяют преодолеть проблемы эффекта суммации, что ограничивает получение необходимой информации со снимков. Данная проблема приводит к ошибкам диагностики заболеваний молочной железы, следовательно, возникает необходимость создания инструмента, позволяющего преодолеть суммационный эффект маммографических снимков для целей более качественного снятия информации, что, в свою очередь, позволяет на ранних стадиях выявлять патологии молочной железы и влиять на медиану выживаемости пациентов.

Список литературы

1. Королюк И.П.. Медицинская информатика : Учебник / - 2 изд., перераб. и доп. - Самара : ООО «Офорт» : ГБОУ ВПО «СамГМУ».2012.- 244 с. 2012
2. Lambin P., Leijenaar R.T., Deist T.M., et al. Radiomics: The bridge between medical imaging and personalized medicine // Nat Rev Clin Oncol. 2017. Vol. 14, N 12. P. 749–762. doi: 10.1038/nrclinonc.2017.141
3. Gillies R.J., Kinahan P.E., Hricak H. Radiomics: Images are more than pictures, they are data // Radiology. 2016. Vol. 278, N 2. P. 563–577
4. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. (2004). «Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting». CA: A Cancer Journal for Clinicians. 54 (6): 327–44.
5. Holbrook M.D., Blocker S.J., Mowery Y.M., et al. Mri-based deep learning segmentation and radiomics of sarcoma in mice // Tomography. 2020. Vol. 6, N 1. P. 23–33
6. Rizzo S., Botta F., Raimondi S., et al. Radiomics: the facts and the challenges of image analysis // Eur Radiol Exp. 2018. Vol. 2, N 1. P. 36

7. Zhao B, Tan Y, Tsai WY, et al. Reproducibility of radiomics for deciphering tumor phenotype with imaging. *Sci Rep.* 2016;6:23428
8. Mewada, H. K., Patel, A. V., Hassaballah, M., Alkinani, M. H. & Mahant, K. Spectral–spatial features integrated convolution neural network for breast cancer classification. *MDPI Sens.* .20(17), 4747 (2020)
9. Matsuyama, E., Takehara, M. and Tsai, D.-Y. (2020) Using a Wavelet-Based and Fine-Tuned Convolutional Neural Network for Classification of Breast Density in Mammographic Images. *Open Journal of Medical Imaging*, 10, 17-29.

© Заводчиков Д.П., Баляева Л.

УДК 159.922.27

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Заводчиков Д.П., Баляева Л.

¹ *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный профессионально-педагогический университет» Министерства просвещения Российской Федерации*

Резюме. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи стрессоустойчивости и совладающего поведения будущих медицинских работников. Выявлено, что студенты медицинского колледжа с высоким и средним уровнем стрессоустойчивости отличаются по выраженности копинг-стратегий. Также уровень стрессоустойчивости связан с выбором конкретных стратегий: студенты с высоким уровнем используют конфронтацию с социальным окружением, а со средним – поиск поддержки.

Ключевые слова: медицинский колледж, студенты, стрессоустойчивость, совладающее поведение, копинг-стратегии.

RELATIONSHIP BETWEEN STRESS RESISTANCE AND COPING BEHAVIOR OF STUDENTS OF MEDICAL COLLEGE

Zavodchikov D.P., Balyaeva L.

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian State Vocational Pedagogical University" of the Ministry of Education of the Russian Federation

Summary. The article presents the results of an empirical study of the relationship between stress resistance and coping behavior of future medical workers. It was revealed that medical college students with high and medium levels of stress resistance differ in the severity of coping strategies. Also, the level of stress resistance is associated with the choice of specific strategies: students with a high level use confrontation with the social environment, and those with an average level use the search for support.

Keywords: medical college, students, stress resistance, coping behavior, coping strategies.

Введение

Рассмотрение безопасности и эффективности медицинской помощи при распространении высоковирулентных штаммов вирусных инфекций в современном обществе позволяет по-новому взглянуть на психологические требования к медицинскому персоналу, в первую очередь к стрессоустойчивости как профессионально важному качеству. Стрессогенную ситуацию провоцируют следующие обстоятельства.

Во-первых, скорость распространения болезни возрастает пропорционально скорости перемещения и плотности социальных контактов потенциальных носителей заболевания, поэтому ограничительные меры могут оказаться эффективными в случае тотального характера их применения. Безусловно это является сверхнагрузкой для системы здравоохранения и людей в ней занятых. Во-вторых, социальная реакция, в которой присутствует разное содержание – от обычной медицинской неграмотности населения, провоцирующих распространение слухов и откровенных фэйков, до обвинительных реакций в сторону системы и конкретных ее представителей, конечно создает эмоционально стрессогенный фон.

В общем, даже этих двух обстоятельств достаточно, чтобы сделать вывод о значимости стрессоустойчивости как профессионально важного качества медицинского работника. Вместе с тем нельзя не отметить, что стрессоустойчивость так или иначе оценивалась как фактор профессиональной подготовки [1, 2, 3], в том числе по медицинскому профилю [4, 5]. Безусловно, стрессоустойчивость уже зафиксирована как профессионально важное качество медицинского работника, препятствующее выгоранию в профессиональной деятельности [6, 7, 8], так же как психологические исследования совладающего поведения [9]. Кроме этого, стрессоустойчивость рассматривается в контексте общения в профессиональной медицинской деятельности как компонент профессиональной культуры [10, 11]. И, конечно же, появились исследования стрессоустойчивости медицинских работников в период угроза распространения НКВИ [13].

Безусловную актуальность данному исследованию задают не только текущие условия работы здравоохранительной системы, но и осознанная в них потребность детального рассмотрения стрессоустойчивости как профессионально важного качества медицинского работника и его взаимосвязи с совладающим поведением уже на этапе профессиональной подготовки, что позволит подойти к психотехнологиям

формирования профессионального поведения будущего медицинского работника в условиях усиления стрессогенности социально-профессиональной среды.

Цель работы

Определить стрессоустойчивость и выявить ее взаимосвязь с совладающим поведением будущих медицинских работников на основе выраженности копинг-стратегий.

Материалы и методы

Методы и методики. В работе использовались теоретический анализ литературы по проблеме стрессоустойчивости как профессионально важного качества, копинг-стратегий личности и их взаимосвязи со стрессоустойчивостью. В качестве методов получения эмпирических данных использовались опросные методы (Тест на стрессоустойчивость Т. Холмса и Р. Раге; методика «Подверженность стрессовым воздействиям» Е.А. Тарасова; адаптированный Опросник способов совладания (Wais of Coping Questionnaire — WCQ) С. Фолкман и Р. Лазаруса) [13]. Для математико-статистической обработки в ходе сравнительного анализа использовался U-критерий Манна-Уитни, в ходе корреляционного анализа использовался критерий ранговой корреляции Спирмана.

Выборку исследования составили 70 студентов 3 курса Свердловского областного медицинского колледжа.

Результаты и обсуждение

Учитывая, что все респонденты – студенты, обучающиеся в медицинском колледже, в возрасте от 17 до 18 лет, было принято решение разделить всю выборку на две подгруппы по результатам методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге: 43 студента, получившие низкий результат подверженности стрессу, то есть в высокой степени стрессоустойчивые и 27 студентов, чей результат говорит о сниженной стрессоустойчивости.

Для проверки гипотезы о том, что существуют значимые статистические различия показателей копинг-стратегий у студентов медицинского колледжа с разным уровнем стрессоустойчивости был проведён сравнительный анализ с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, так как распределение результатов диагностики отличается от нормального, а количество исследуемых групп равняется двум.

Результаты сравнительного анализа показали наличие статистически значимых различий ($p < 0,05$) по уровню выраженности копинг-стратегий дистанцирования, самоконтроля, позитивной переоценки и подверженности стрессу.

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа

Уровень		N	Средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
дистанция	1,00	43	28,36	273,500	,000
	2,00	27	46,87		
	Всего	70			
самоконтроль	1,00	43	40,72	356,000	,006
	2,00	27	27,19		
	Всего	70			
переоценка	1,00	43	41,84	308,000	,001
	2,00	27	25,41		
	Всего	70			
Подверженность стрессу	1,00	43	24,16	93,000	,000
	2,00	27	53,56		
	Всего	70			

При этом дистанцирование (средний ранг 1 подгруппы – 28,36; средний ранг 2 подгруппы – 46,87) в большей степени характерно студентам, со сниженной стрессоустойчивостью, тогда как самоконтроль (средний ранг 1 подгруппы – 40,72; средний ранг 2 подгруппы – 27,19) и положительная переоценка (средний ранг 1 подгруппы – 41,84; средний ранг 2 подгруппы – 25,41) напротив, характерны для студентов, которые в более высокой степени стрессоустойчивы. То есть студенты способные к успешному преодолению стрессовых ситуаций, вероятно, способны к контролю собственного поведения и деятельности, регулированию своего психологического состояния, а также в большей степени способны к анализу и оценке своих действий и окружающих обстоятельств, с целью коррекции своего поведения для наиболее успешного разрешения стрессовой ситуации

Предположение о том, что существуют статистически значимые корреляционные взаимосвязи стрессоустойчивости и копинг-стратегий студентов медицинского колледжа проверялось корреляционным анализом с помощью непараметрического

критерия Спирмана, поскольку распределение результатов отличается от нормального.

В результате корреляционного анализа по всей выборке (рисунок 1) обнаружены следующие положительные статистически значимые корреляционные взаимосвязи: между копинг-стратегией дистанцирования, стрессоустойчивостью ($r = 0,401$; $p \leq 0,05$) и подверженностью стрессу ($r = 0,302$; $p \leq 0,05$), между стрессоустойчивостью и подверженностью стрессу ($r = 0,640$; $p \leq 0,01$).

Полученные взаимосвязи могут быть обусловлены тем, что подверженность стрессу и стрессоустойчивость оценивают сходную особенность личности, а именно её ресурсы по преодолению стрессовой ситуации, которые снижаются под влиянием негативных факторов, то есть чем сильнее действуют стрессогенные ситуации, тем выше подверженность стрессу и ниже стрессоустойчивость, однако шкала стрессоустойчивости обратная, в связи с чем полученная взаимосвязь прямая.

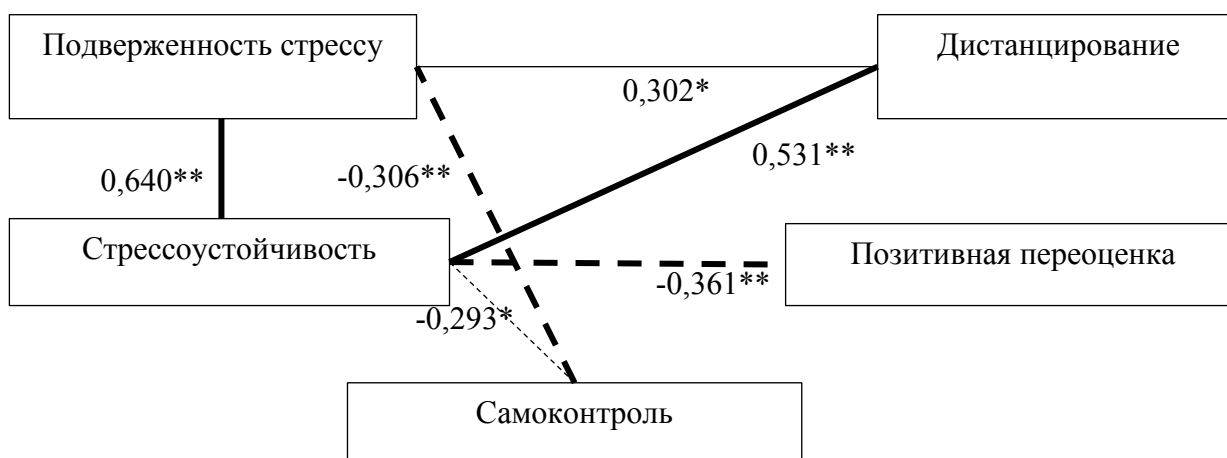


Рисунок 1 – Корреляционная плеяда

Примечание:

Положительная корреляционная взаимосвязь при $p \leq 0,05$

Положительная корреляционная взаимосвязь при $p \leq 0,01$

Отрицательная корреляционная взаимосвязь при $p \leq 0,05$

Отрицательная корреляционная взаимосвязь при $p \leq 0,01$

В результате корреляционного анализа обнаружены следующие отрицательные статистически значимые корреляционные взаимосвязи: между самоконтролем, стрессоустойчивостью ($r = -0,293$; $p \leq 0,05$) и подверженностью стрессу ($r = -0,306$; $p \leq 0,01$), положительной переоценкой и стрессоустойчивостью ($r = -0,361$; $p \leq 0,05$),

что может быть обосновано тем, что самоконтроль способствует обеспечению более конструктивного поведения в стрессовой ситуации и, как следствие, связан с более низкой подверженностью стрессу, тогда как высокая степень растраты ресурсов преодоления стресса, напротив, ведёт к снижению самоконтроля и более стихийных, бессознательных и деструктивных реакциях.

Аналогичная ситуация с положительной переоценкой, которая способствует формированию поведения в будущих стрессовых ситуациях с учётом полученного опыта, причем поведения в стрессовой ситуации становится с опытом все более конструктивным и приводит к более успешным способам совладания с ситуацией, однако такое переосмысление требует достаточных ресурсов личности, и, вероятно, затруднено, если личность подвергается сильному и/или частому воздействию стрессовых ситуаций.

Проведены корреляционные анализы на подгруппах, так в результате корреляционного анализа в первой подгруппе, в которую вошли 43 студента, получившие низкий результат подверженности стрессу, то есть в высокой степени стрессоустойчивые обнаружены отрицательная значимая взаимосвязь между стрессоустойчивостью и копинг-стратегией конфронтации ($r = -0,221$; $p \leq 0,05$) (рисунок 2).

То есть, поскольку шкала является обратной, у студентов-медиков, характеризующихся низкой подверженностью стрессам, чем выше стрессоустойчивость, как способность конструктивно переживать стрессовые ситуации, тем выше выражено стремление к конфронтации или конкурированию с партнёром по взаимодействию, стрессогенными обстоятельствами, можно сделать вывод о том, что студенты-медики стремящиеся активно, прямолинейно и агрессивно преодолевать стрессовую ситуацию способны перенести её для себя легче, чем в случае когда они действуют более пассивно.

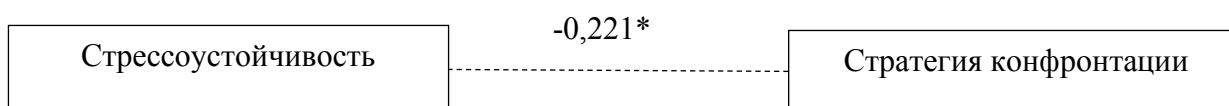


Рисунок 2 – Плеяда корреляционного анализа в подгруппе студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости

В результате корреляционного анализа во второй подгруппе, в которую вошли 27 студентов, чей результат говорит о сниженной стрессоустойчивости, обнаружены

отрицательная значимая взаимосвязь между стрессоустойчивостью и копинг-стратегией, заключающейся в поиске социальной поддержки ($r = -0,280$; $p \leq 0,05$) (рисунок 3).

То есть, поскольку шкала является обратной, у студентов-медиков, характеризующихся средней подверженностью стрессам, чем выше стрессоустойчивость, как способность конструктивно переживать стрессовые ситуации, чем ниже подверженность стрессом, стрессовая нагрузка, тем выше выражено стремление к поиску социальной поддержки, взаимодействию с другими людьми с целью преодоления стрессовой ситуации, можно сделать вывод о том, что студенты, испытывающие за последнее время некоторую стрессовую нагрузку, ощутившие некоторое негативное влияние экстремальных ситуаций, склонны искать помощь и поддержку у окружающих людей, так, испытывая поддержку близких людей и социума в целом студенты могут легче переносить стресс и негативное влияние непредвиденных обстоятельств.

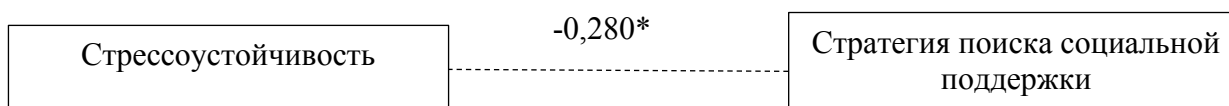


Рисунок 3 – Плеяда корреляционного анализа подгруппе студентов с низким уровнем стрессоустойчивости

Итак, полученные результаты подтверждают гипотезу исследования о том, что существуют статистически значимые корреляционные взаимосвязи стрессоустойчивости и копинг-стратегий студентов медицинского колледжа.

Выводы

Результаты исследования показали, что студенты данной выборки умеренно используют реагирование по типу уклонения и преодоления, стратегии снижения значимости стрессовой ситуации и конфронтации, поиска социальной поддержки, признания своей роли, а также характеризуются выраженным контролем собственного поведения и стремлением к самообладанию.

Однако, представленные результаты, могут свидетельствовать о том, что респонденты реже используют более конструктивные стратегии принятия ответственности, переоценки, планирования решения в необходимых для этого ситуациях, что может стать причиной дезадаптации, а также излишне склонны к игнорированию ситуации и реализации конфронтационного копинга.

По результатам сравнительного анализа можно утверждать, что дистанцирование в большей степени характерно для студентов со сниженной стрессоустойчивостью, которые также характеризуются более высоким уровнем подверженности стрессу. Самоконтроль и положительная переоценка напротив, стрессоустойчивых студентов.

В результате корреляционного анализа обнаружены как положительные, так и отрицательные статистически значимые корреляционные взаимосвязи между стрессоустойчивостью и копинг-стратегиями, что в целом подтверждает теорию дифференциации совладающего поведения в ситуации стресса. С позиций же конкретных результатов на выборке исследования интерес представляют результаты корреляционного анализа в подгруппах студентов с разным уровнем стрессоустойчивости. В подгруппе студентов, получивших низкий результат подверженности стрессу, то есть в высокой степени стрессоустойчивые обнаружены отрицательная значимая взаимосвязь между стрессоустойчивостью и копинг-стратегией конфронтации. То есть, поскольку шкала является обратной, у студентов-медиков, характеризующихся низкой подверженностью стрессам, чем выше стрессоустойчивость, как способность конструктивно переживать стрессовые ситуации, тем выше выражено стремление к конфронтации или конкурированию с партнёром по взаимодействию в стрессогенных обстоятельствах. Можно предположить, что студенты-медики, стремящиеся активно, прямолинейно и агрессивно преодолевать стрессовую ситуацию способны перенести её для себя легче, чем в случае, когда они действуют более пассивно. Во подгруппе студентов со сниженной стрессоустойчивостью обнаружены отрицательная значимая взаимосвязь между стрессоустойчивостью и копинг-стратегией, заключающейся в поиске социальной поддержки. То есть, поскольку шкала является обратной, у студентов-медиков, характеризующихся средней подверженностью стрессам, чем выше стрессоустойчивость, как способность конструктивно переживать стрессовые ситуации, чем ниже подверженность стрессом, стрессовая нагрузка, тем выше выражено стремление к поиску социальной поддержки, взаимодействию с другими людьми с целью преодоления стрессовой ситуации, можно сделать вывод о том, что студенты, испытывающие за последнее время некоторую стрессовую нагрузку, ощутившие некоторое негативное влияние экстремальных ситуаций, склонны искать помощь и поддержку у окружающих людей, так, испытывая поддержку близких людей

и социума в целом студенты могут легче переносить стресс и негативное влияние непредвиденных обстоятельств.

Рекомендации:

- Безусловно, представленное исследование является частным и должно стать одним из серии как уже проведенных, так и целенаправленно планируемых исследований взаимосвязи стрессоустойчивости как профессионально важного качества медицинского работника. Отметим, что для объективных выводов по проблеме потребуются не только аналогичные, но и лонгитюдно организованные исследования. Вполне целесообразным может быть метаисследование по представленной проблеме, инициированное по отдельности или совместно министерством образования и науки и министерством здравоохранения РФ.

- Конкретное применение результатов данного исследования возможно в рамках их учета в деятельности психологических служб и подразделений по воспитанию образовательных организаций медицинского профиля. В частности, результаты предполагают, что с руководящими функциями будут лучше справляться студенты с высоким уровнем стрессоустойчивости, которых нужно обучить навыкам конструктивных действий в стрессогенных ситуациях, когда выбирается стратегия конфронтации.

Список литературы

1. Андреева А.А. Стрессоустойчивость как фактор развития позитивного отношения к учебной деятельности у студентов: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / А.А. Андреева. Тамбов, 2009. – 219 с.
2. Бадмаева З.А., Джилеева Б.П. Проблемы формирования стрессоустойчивости у студентов // Инновационная наука. 2020. №5. С. 171–172.
3. Хуторная, М.Л. Развитие стрессоустойчивости студентов в условиях интеллектуальных испытаний: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук (19.00.13) /Хуторная, Маргарита Леонидовна; ТГУ им. Г.Р. Державина. –Тамбов, 2007. –182 с.
4. Бергис Т. А., Екимова Ю. Н. Особенности стрессоустойчивости студентов медицинского колледжа Г. О. Тольятти // Балканско научно обозрение. 2019. №2 (4). С. 83–85.

5. Чупина В.Б., Гавриленко Л.С. Особенности проявления показателей стрессоустойчивости у студентов клинических психологов и инженеров //Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Т. 7. № 2 (23). С. 430–432.
6. Далгатов М.М. Особенности эмоционального выгорания работников государственных и частных медицинских учреждений / М.М. Далгатов, П.А. Амирмагомедова // Молодой ученый. – 2020. – 27(317). – С. 142–145.
7. Ильясова Г.Н., Фарахьянова А.К. Взаимосвязь стрессоустойчивости и профессиональной деятельности врачей-терапевтов//В сборнике: Современные проблемы социально-гуманитарных наук материалы IV Международной научно-практической заочной конференции. Научно-образовательный центр «Знание».2016. С. 104–109.
8. Трапезникова А.М., Финогенко Е.И Стрессоустойчивость как профессионально важное качество работников медицинских профессий // Молодежный вестник ИрГТУ. 2015. № 2. С. 45.
9. Слесаренко Л. А. Исследование копинг-стратегий у ординаторов // Теоретическая и экспериментальная психология. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-koping-strategiy-u-ordinatorov> (дата обращения: 23.01.2022).
10. Сайно О. В., Морунов О. Е. Психология общения врача и пациента // Лечебное дело. 2019. № 3. С. 54–59.
11. Киреева М. В. Стрессоустойчивость как компонент культуры человекоориентированных профессий /Киреева М. В.// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки –2011. – №8 (113), Т.11. –С. 6.
12. Султанова И. В., Кленикова К. А. Стрессоустойчивость медицинского персонала в период пандемии // Проблемы современного педагогического образования. 2021. №72–1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stressoustoychivost-meditsinskogo-personala-v-period-pandemii> (дата обращения: 09.01.2022).
13. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. - М.: 2007. № 3. - С. 93–112.

© Кожемяко К.О., Шаров А.А.

УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Кожемяко К.О., Шаров А.А.

*ФГАОУ ВО Российский государственный профессионально-педагогический
университет, Россия, г. Екатеринбург*

Резюме. Статья посвящена изучению феноменов жизнестойкости и смысложизненных ориентаций. Выборкой выступили студенты 3 и 4-х курсов Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК» и Медицинского колледжа ФГБОУ ВО «УрГУПС». В работе представлены результаты диагностики обучающихся медицинского колледжа, описана взаимосвязь компонентов данных феноменов, проведен сравнительный анализ двух групп респондентов со средним и высоким уровнями выраженности осмысленности жизни. Также выполнено исследование значимых и доступных жизненных ценностей студентов.

Ключевые слова: жизнестойкость, смысложизненные ориентации, ценности, юношеский возраст, пандемия COVID-19.

RELATIONSHIP OF RESILIENCE AND LIFE ORIENTATIONS OF MEDICAL COLLEGE STUDENTS

Kozhemyako K.O., Sharov A.A.

Russian State Vocational Pedagogical University, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article is devoted to the study of the phenomena of resilience and meaningful life orientations. The sample was 3rd and 4th year students of the Novouralsk branch of the State Budgetary Educational Institution «SOMK» and the Medical College of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «URGUPS». The paper presents the results of diagnostics of medical college students, describes the relationship between the components of these phenomena, and conducts a comparative analysis of two groups of respondents with medium and high levels of meaningfulness of life. A study of significant and accessible life values of students was also carried out.

Keywords. hardiness, meaningful life orientations, values, adolescence, COVID-19 pandemic.

Введение

Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, охватившая целый мир, затронула абсолютно все сферы жизни общества. Карантин и полная социальная изоляция изменили повседневную жизнь человечества. И только медицинские работники всех уровней остались на передовой борьбы за жизни тысяч пациентов. Чтобы облегчить работу медицинских работников во время вспышки COVID-19, некоторые страны (например, Испания, Россия и США) прибегли к профессиональной помощи студентов медицинских вузов и колледжей старших курсов. Студенты-медики проводят термометрию, принимают звонки в колл-центре, работают в регистратуре, занимаются сбором анамнеза зараженных коронавирусом и прочим.

По данным Минздрава РФ, к работе с больными коронавирусной инфекцией привлечено около 20 тыс. обучающихся медицинских образовательных учреждений. Кроме того, более 58 тыс. студентов мединституты и колледжей помогают врачам в поликлиниках и больницах в рамках практической подготовки. Более 1000 из них, как подчеркивает сетевое издание «Интерфакс-Россия» (от 25.01.2022), работает в больницах и поликлиниках Свердловской области [7].

Студенты, как и все медицинские работники, подвержены стрессам, связанным с высокой загруженностью; паникой и повышенной тревожностью, вызванными в обществе; страхом за жизнь и здоровье близких; дискомфортом, связанным с нарушением планов; снижением социальной активности, противоречивостью информации о COVID-19, неизвестностью в отношении продолжительности пандемии, длительной изоляцией и прочим. Но самая основная стрессовая нагрузка приходится на этический компонент деятельности – качество обученности напрямую связано с ответственностью за жизнь и здоровье потенциальных пациентов.

Многие авторы (М. Д. Александрова, С. Кобейса, Д. А. Леонтьев, С. Мадди, Е. И. Рассказова и другие) подчеркивают, что противодействовать данным жизненным и профессиональным стрессам помогает такой феномен, как жизнестойкость. Ученые делают акцент на том, что жизнестойкость является базовой личностной переменной, уменьшающей влияние стрессогенных факторов на телесное и психическое здоровье, а также на результативность деятельности.

В соответствии с этим появляется необходимость изучения сформированности такой способности личности, как жизнестойкость еще на начальном этапе получения профессионального медицинского образования, а именно на этапе студенчества.

Так же в юношеском возрасте происходит активное формирование смысловой сферы личности. Многие сталкиваются с ситуацией неопределенности, подмены ценностей. Студенты не знают, чем хотят заниматься, не могут выстроить план на собственное будущее, «застревают» в ситуации выбора. Как утверждают ученые (Л. И. Божович, И. С. Кон, В. С. Мухина), наиболее актуальными для юношей и девушек становятся темы поиска смысла собственного существования.

Следовательно, изучение особенностей формирования жизнестойкости и смысложизненных ориентаций у студентов сферы здравоохранения является актуальным.

Цель работы

Изучить взаимосвязь жизнестойкости и смысложизненных ориентаций студентов медицинского колледжа.

Материалы и методы

Методологической основой исследования выступали: концепция жизнестойкости С. Кобейса и С. Мадди; концепция личностного потенциала (Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин, Е.И. Рассказова, Л.А. Александрова); положения экзистенциальной психологии в исследовании смысла жизни Дж. Бьюдженталя, Э. Лэнгле, В. Франкла, И. Ялома; субъектно-деятельностный подход (К.А. Абульханова-Славская, Б.С. Братусь, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.).

Гипотезы исследования:

- 1) Существуют значимые статистические различия компонентов жизнестойкости у обучающихся с разным уровнем выраженности осмысленности жизни.
- 2) Между компонентами жизнестойкости и смысложизненных ориентаций студентов медицинского колледжа существуют значимые корреляционные связи.

Одним из первых ученых, который указал на жизнестойкость личности как на значительное условие сопротивления трудностям, является С. Кобейса. В 1979 г. в своих опытах она определила, что представленная особенность считается опорной в противодействии стрессовым событиям. Совместно с С. Мадди она говорит о том, что жизнестойкость – это концепция мыслей о себе, мире, связях с миром. Данная черта содержит в себе три независимых элемента: вовлеченность, контроль, принятие риска [5, с. 5]. Индивид с развитым компонентом вовлеченности приобретает удовлетворенность от личной деятельности, в ходе которой он ощущает собственную важность, значимость.

Компонент контроля аналогичен с категорией локуса контроля Дж. Роттера, предполагающий стремление человека присваивать ответственность за совершающиеся в жизни действия внешним силам (экстернальный локус), либо личным возможностям (интернальный локус). Личность с очень развитым компонентом контроля замечает то, что самостоятельно выбирает индивидуальную деятельность, свой путь.

Принятие риска – вера личности в то, что все, что с ней происходит, содействует ее совершенствованию посредством знаний, получаемых из опыта, – не имеет значения, позитивного или негативного.

А.С. Бублейник подмечает, что юношеский возраст считается самым благоприятным этапом для формирования жизнестойкости личности. Она способствует повышению соматического и психического здоровья молодежи в процессе преодоления кризиса возрастного развития, жизненного и профессионального самоопределения [1, с. 63].

В.С. Мухина, упоминая студенческий возраст, акцентирует внимание на проблеме становления жизненных ценностей. Индивид старается выработать личную позицию по отношению к себе и другим, а также к общепринятым моральным нормам. В ходе становления личности ключевую роль играет рефлексия и самопознание [2, с. 49].

По В.Э. Чудновскому смысложизненные ориентации представляются как вид направленности личности, где главное место занимают мотивы поиска смысла, создания индивидуальной судьбы, ориентирующие как на ближайшее будущее, так и на отдаленные перспективы [8, с. 66].

А. Н. Леонтьев предлагает идею о том, что соотношение мотива к цели деятельности выступает «личностным смыслом». Под этим определением автор обозначает отображение индивидуального сознания в реальности, выступающее регулятором его действий.

Подчеркивая индивидуальную способность к осмыслению жизни, Д.А. Леонтьев выделяет ее составляющие на 2-х уровнях:

- 1) смысложизненные ориентации – цель (будущее), процесс – эмоциональная насыщенность жизни (настоящее) и результат – удовлетворённость самоактуализацией (прошлое);
- 2) внутренний локус контроля, отображающий убежденность в возможности оказывать влияние на ход личной жизни, самостоятельно совершать выбор [4, с. 14].

В исследовании принимали участие студенты 3 и 4-го курсов Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК» такого направления подготовки, как «Сестринское дело», а также студенты 3 и 4-го курсов Медицинского колледжа ФГБОУ ВО «УрГУПС» таких направлений подготовки, как «Сестринское дело» и «Лечебное дело».

Выборка исследования состояла из 100 респондентов. Из них 82 женщины и 18 мужчин. Средний возраст выборки составил 19,24 года (от 18 до 22 лет).

В работе использовались следующие общенаучные методы: анализ, синтез, обобщение; эмпирические методы: тестирование, а также методы математической статистики: дескриптивный, сравнительный, корреляционный анализ; методы интерпретации.

В исследовании использовались следующие методики: «Тест жизнестойкости» С. Мадди, в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой, «Тест смысложизненных ориентаций» Д. Крамбо и Л. Махолика в адаптации Д.А. Леонтьева, методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» Е. Фанталовой.

Результаты и обсуждение

Результаты уровней выраженности показателей, обучающихся по методике «Тест жизнестойкости» в процентном распределении представлены на рисунке 1. Выявлено, что студенты имеют высокие баллы по шкалам «Контроль» и «Вовлеченность». В юношеском возрасте возрастает волевая регуляция и усиливается личностный контроль действий. Так же на первый план выходит профессиональное самоопределение, что дает мотивацию и вовлеченность в процесс обучения и получения профессиональных компетенций. Показатели по шкале «Принятие риска» находятся на среднем уровне. Предположительно, что студенты сомневаются в своих способностях, либо имеют низкий уровень развития толерантности к неопределенности. Общий уровень жизнестойкости большинства студентов находится на высоком уровне выраженности. Данные показатели могут свидетельствовать о высокой степени развития копинг-стратегий и стрессоустойчивости обучающихся.

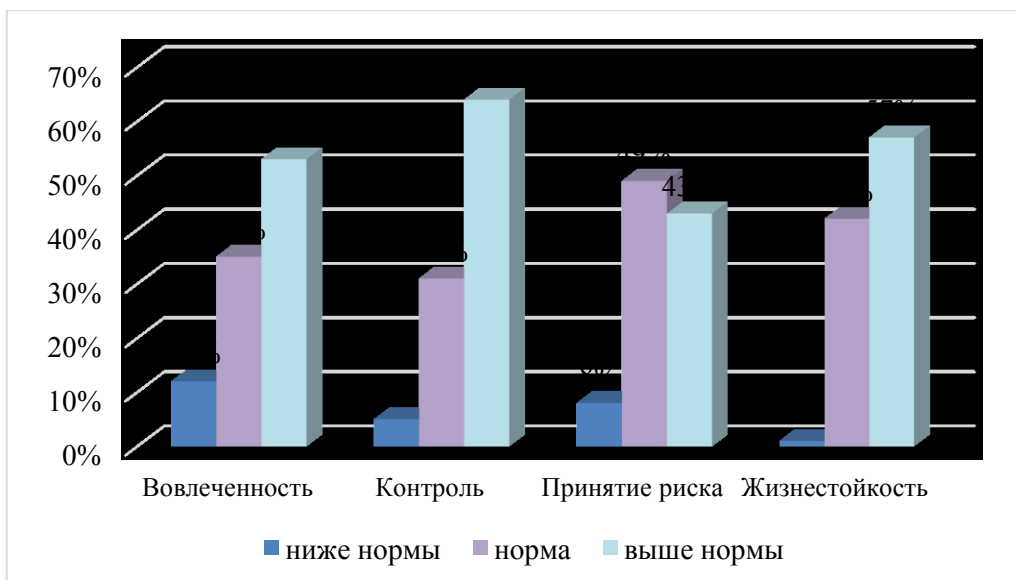


Рисунок 1 – Гистограмма показателей методики «Тест жизнестойкости»

На рисунке 2 выделены результаты уровней выраженности показателей обучающихся по методике «Тест смысложизненных ориентаций». Замечено, что у большинства студентов показатели по всем шкалам находятся на среднем уровне выраженности. Каждый из компонентов осмысленности жизни находится еще на стадии развития в силу возраста обучающихся и новообразования данного возраста – личностного самоопределения. У юношей и девушек развиваются навыки целеполагания и самоконтроля, умения брать ответственность за собственные решения и выборы, способности к рефлексии жизненных событий. На данный момент студенты обладают небольшим опытом прожитых лет, чем можно объяснить их неопределенное отношение к оценке прожитой части жизни. Результаты по общей осмысленности жизни разделились практически поровну. 44% обучающихся уже определили главные ценности и значимые моменты своей жизни. Другая же часть студентов (42%) пока еще продолжает поиски своего смысла, «дела» жизни.

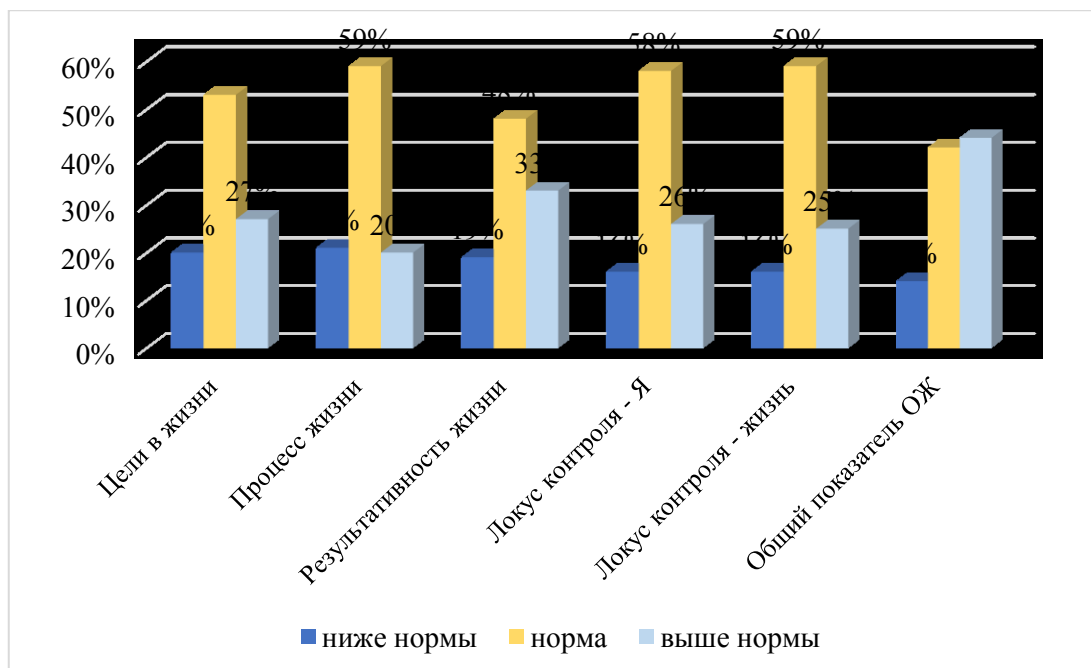


Рисунок 2 – Гистограмма показателей по методике «Тест смысловых ориентаций»

Результаты уровней выраженности показателей обучающихся по шкалам «Ценность» и «Доступность» методики «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» в процентном распределении представлены на рисунке 3. Выявлено, что у обучающихся в числе ценностей преобладают здоровье, уверенность в себе, любовь и счастливая семейная жизнь. Первое можно объяснить профессиональной направленностью респондентов: студенты, обучаясь в медицинском колледже, непременно осознают ценность человеческого здоровья. В юношеском возрасте продолжается активное развитие самосознания и самооценки, о чем свидетельствует значимость для них уверенности в себе. У студентов доминируют семейные смыслы, что говорит о потребностях студентов заботиться о членах своей семьи, участвовать в судьбе близких людей. Также можно говорить о нацеленности молодых людей на сепарацию от родителей и построение собственной семьи, поиск партнера, активное включение в семейную жизнь.

В числе доступных аспектов жизни респонденты выделили любовь и наличие верных друзей. Как и было отмечено ранее, юноши и девушки имеют потребность в доверительном общении, создании как дружеских, так и любовных неформальных связей.

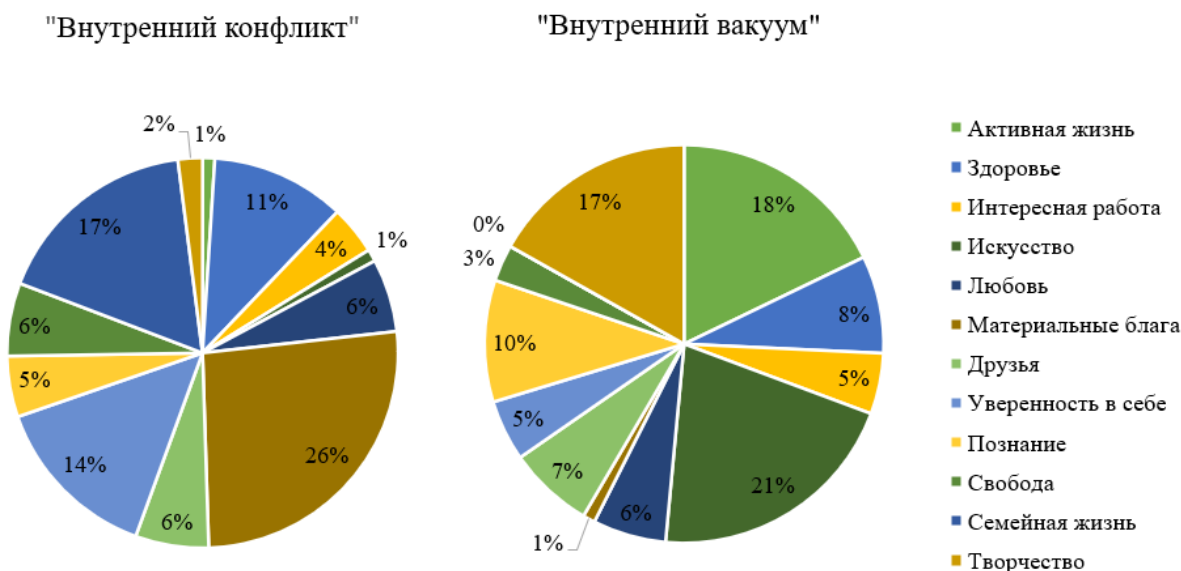


Рисунок 4 – Диаграммы показателей по методике «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (Шкалы «Внутренний конфликт» и «Внутренний вакуум»)

Общий индекс «Ценности–Доступности» (рисунок 5) у большинства испытуемых находится на низком уровне, что говорит о том, что значительная часть обучающихся удовлетворена собственными желаниями и возможностями для их исполнения.

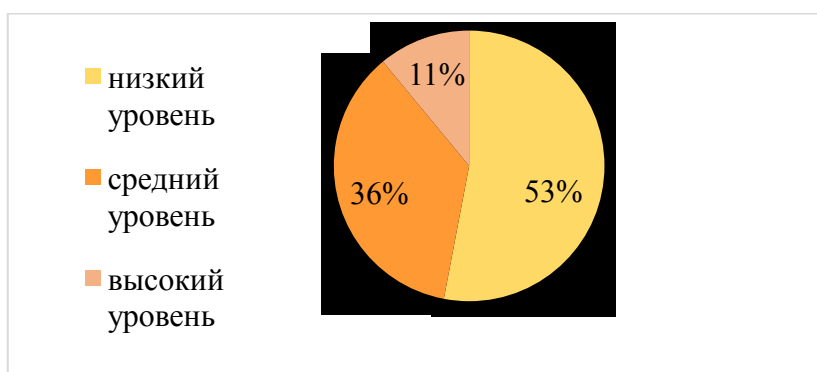


Рисунок 5 – Диаграмма показателей шкалы «Индекс расхождения»

Для подтверждения гипотезы о том, что существуют значимые статистические различия показателей жизнестойкости у обучающихся с разным уровнем выраженности осмысленности жизни, был проведен сравнительный анализ с использованием U-критерия Манна-Уитни для двух независимых выборок, поскольку распределение отлично от нормального вида.

Для проведения сравнительного анализа выборка поделена на две подгруппы по результатам проведения «Теста смысловых ориентаций» Д.А. Леонтьева:

- 1 группа – студенты, имеющие средний уровень выраженности общей осмысленности жизни (42 человека);
- 2 группа – студенты, имеющие высокий уровень выраженности общей осмысленности жизни (44 человека).

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа

Переменная	Коэффициент Манна-Уитни	Уровень значимости	Группа 1	Группа 2
Вовлеченность	580,500	0,003	35,32	51,31
Контроль	487,500	0,000	33,11	53,42
Принятие риска	594,500	0,004	35,65	50,99
Жизнестойкость	492,000	0,000	33,21	53,32

В результате сравнительного анализа обнаружены высокосignимые различия по таким критериям, как: контроль, жизнестойкость, и среднесignимые различия по таким критериям, как вовлеченность и принятие риска.

При $p \leq 0,01$ показатели выше во 2-ой группе респондентов, что может говорить о том, что студенты, имеющие высокий уровень осмысленности жизни, обладают более высоким уровнем самоконтроля и управления своей жизнью, сильнее совладают со стрессогенными факторами, чем респонденты, обладающие средним уровнем осмысленности жизни.

При $p \geq 0,01$ показатели так же выше во 2-ой группе респондентов, что может говорить о том, что обучающиеся, имеющие высокий уровень осмысленности жизни, глубже вовлечены в собственную жизнь, профессиональную и личную деятельность; чаще готовы идти на свой страх и риск ради познания и набора жизненного опыта, нежели студенты, обладающие средним уровнем осмысленности жизни.

Соответственно, гипотеза подтвердилась. Испытуемые 2-ой группы конкретней, чем респонденты 1-ой группы, сформулировали смысл собственной жизни, определили ценности и направления собственной жизни, дающие им бóльшую уверенность в себе, личных выборах и будущем, что напрямую влияет на способность к стрессоустойчивости.

Для выявления наиболее значимых корреляционных связей жизнестойкости и смысложизненных ориентаций обучающихся был проведен корреляционный анализ с использованием корреляции Спирмена. На основании полученных результатов, были

сформированы корреляционные плеяды для наглядного изображения связей (рисунок 6).



Рисунок 6 – Плеяда корреляционного анализа студентов медицинских колледжей

Примечание:

- Отрицательная взаимосвязь при $p \leq 0,05$
- Отрицательная взаимосвязь при $p \leq 0,01$
- Положительная взаимосвязь при $p \leq 0,05$
- Положительная взаимосвязь при $p \leq 0,01$

Высокозначимые положительные связи наблюдаются между всеми шкалами методик «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева и Д.И. Рассказовой и «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева. Рассмотрим их подробнее.

«Цели в жизни» и «Вовлеченность» ($r=0,632$), «Контроль» ($r=0,562$), «Принятие риска» ($r=0,538$), «Жизнестойкость» ($r=0,661$): чем выше целеустремленность, навык постановки и достижения личных целей, тем выше увлеченное отношение к жизни, степень контроля над ней, склонность к риску ради познания и уровень совладания со стрессами.

«Процесс жизни» и «Вовлеченность» ($r=0,725$), «Контроль» ($r=0,654$), «Принятие риска» ($r=0,616$), «Жизнестойкость» ($r=0,741$): чем выше уровень эмоциональной

насыщенности жизни, тем выше уровень жизнестойкости и всех ее составляющих, а именно: вовлеченности, контроля и принятия риска.

«Результат жизни» и «Вовлеченность» ($r=0,688$), «Контроль» ($r=0,604$), «Принятие риска» ($r=0,6$), «Жизнестойкость» ($r=0,723$): чем выше удовлетворенность прожитым периодом жизни, своей самореализацией, тем более устойчивым и жизнестойким является человек.

«Локус контроля – Я» и «Вовлеченность» ($r=0,662$), «Контроль» ($r=0,607$), «Принятие риска» ($r=0,575$), «Жизнестойкость» ($r=0,694$): чем выше способность человека брать ответственность на себя за все происходящие в жизни события и выборы, тем выше уровень жизнестойкости.

«Локус контроля – жизнь» и «Вовлеченность» ($r=0,662$), «Контроль» ($r=0,509$), «Принятие риска» ($r=0,657$), «Жизнестойкость» ($r=0,71$): чем сильнее студент ощущает себя свободным для принятия решений и выбора, имеет представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями, тем больше у него ресурсов для развития жизнестойкости.

«Общий показатель ОЖ» и «Вовлеченность» ($r=0,543$), «Контроль» ($r=0,638$), «Принятие риска» ($r=0,472$), «Жизнестойкость» ($r=0,587$): чем осмысленней жизнь человека, тем выше уровень жизнестойкости.

Соответственно, чтобы быть жизнестойким необходимо иметь цель (или цели) в жизни, воспринимать сам процесс жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, ощущать, насколько продуктивна и осмысленна жизнь, иметь представление о себе как сильной личности, иметь убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Человек, достигший наивысшего уровня самореализации, со сложившейся системой смысложизненных ориентаций, будет обладать высоким уровнем жизнестойкости.

Выводы

Гипотеза о том, что между компонентами жизнестойкости и смысложизненных ориентаций студентов медицинского колледжа существуют значимые корреляционные связи, подтвердилась.

Таким образом, цели и задачи исследования были достигнуты. Мы наблюдаем, что существуют взаимосвязь компонентов жизнестойкости и смысложизненных

ориентаций студентов медицинских колледжей. Жизнестойкость наблюдается тогда, когда человек осмысливает свою жизнь, понимает цель, к которой идет, и осознает путь, который приведет его к намеченной цели.

Список литературы

1. Бублейник, Ю.С. Актуальные направления изучения проблемы жизнестойкости в юношеском возрасте / Ю.С. Бублейник // Сборник научных статей международной молодежной школы-семинара «Ломоносовские чтения на Алтае»: в 6 частях, Барнаул, 05–08 ноября 2013 года / Под редакцией Родионова Е.Д. – Барнаул: Алтайский государственный университет, 2013. – С. 63–66.
2. Григорьева, М.С. Особенности смысложизненных ориентаций личности в подростковом и юношеском возрасте / М.С. Григорьева // Психология XXI века. Организация деятельности психологической службы образовательного учреждения: материалы X международной научно-практической конференции молодых ученых, Санкт-Петербург, 19–20 марта 2015 года. – Санкт-Петербург: Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, 2015. – С. 45–50.
3. Заводчиков, Д. П. Вклад научной школы психологии профессионального развития Э. Ф. Зеера в систему профессионального образования / Д. П. Заводчиков, А. А. Шаров // Профессиональное образование и рынок труда. – 2020. – № 1. – С. 66–74. – DOI 10.24411/2307-4264-2020-10107.
4. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
6. Сетевое издание «Интерфакс-Россия». Режим доступа: <https://www.interfax-russia.ru/ural/news/bolee-1-tys-studentov-medikov-otpravilis-rabotat-v-sverdlovskie-bolnicy> (дата обращения: 15.02.2022)
7. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта: монография. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 72 с.
8. Чудновский В.Э. Смысл жизни и судьба человека / В.Э. Чудновский; под ред. В.Э. Чудновского // Психологические и философские аспекты проблемы смысла жизни. – М., 1997. – С. 57–72.

© Галиулина О.В.

УДК 614.23

БАКАЛАВРЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Галиулина О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Тюменский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень

Резюме. Увеличение продолжительности жизни населения России, и как результат, увеличение доли пожилого и старшего возраста, требует новых подходов к оказанию медицинской помощи и длительного ухода.

Решение этой проблемы возможно с привлечением бакалавров сестринского дела, где одним из направлений профессиональной деятельности является повышение качества жизни населения за счет оказания квалифицированной сестринской помощи.

Для качественной подготовки бакалавров сестринского дела целесообразно создать правильно организованное образовательное пространство, позволяющее подготовить высококвалифицированного специалиста, обладающего ключевыми компетенциями и готового решать любые задачи в сфере своей профессиональной деятельности.

Ключевые слова: бакалавры по сестринскому делу, пожилые и люди старшего возраста, образовательное пространство, медицинская помощь, длительный уход

BACHELORS OF NURSING AND THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES IN PRACTICAL HEALTHCARE

Galiulina O.V.

Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tyumen

Summary. An increase in the life expectancy of the Russian population, and as a result, an increase in the proportion of the elderly and older, requires new approaches to the provision of medical care and long-term care.

The solution to this problem is possible with the involvement of bachelors in nursing, where one of the areas of professional activity is to improve the quality of life of the population by providing qualified nursing assistance.

For high-quality training of bachelors of nursing, it is advisable to create a properly organized

educational space that allows you to train a highly qualified specialist who has key competencies and is ready to solve any problems in the field of his professional activity.

Keywords: bachelors in nursing, older and older people, educational space, medical care, long-term care.

Введение

В укрупненной группе специальностей «Здравоохранение» особое место занимает бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. Области профессиональной деятельности выпускников – бакалавров: образование и наука; здравоохранение; административно-управленческая и офисная деятельность. Так, профессиональная сфера деятельности - улучшение качества жизни населения путем оказания квалифицированной сестринской помощи, является одной из актуальных, особенно в связи с увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения России. Здоровье лиц пожилого и старческого возраста отражается на физических, психических способностях и функционировании пожилых людей. Физиологические изменения, болезни и мультиморбидность в пожилом возрасте, обуславливают другие состояния здоровья, не входящие в традиционные классификации болезней и характеризующиеся хроническим течением, например, старческая дряхлость, которая после 65 лет может составлять до 10%, с другой стороны, могут возникать острые состояния на фоне многочисленных детерминант, например делирий. Последствия этих процессов сопровождается изменениями и психосоциальном статусе пожилых людей, требует длительного нахождения рядом членов семьи или посторонних людей, осуществляющих уход за пожилыми и поддержку их психосоциального статуса. Для обеспечения достойного качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, необходимы специалисты, владеющие не только медицинскими знаниями, но и коммуникативными навыками, психологическими приемами и образовательными технологиями.

Цель работы

Обосновать подготовку бакалавров сестринского дела, владеющих коммуникативными навыками и готовых к оказанию медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, через моделирование образовательной среды.

Материалы и методы

Обзор литературы по теме исследования, анализ основной профессиональной образовательной программы по направлению бакалавриат Сестринское дело, социологическое исследование инструментом-опрос взрослого населения г. Тюмени возрастной группы 60+ лет валидированным опросником общего качества жизни ВОЗ (the world health organization) quality of life (whoqol) – bref русскоязычной версии.

Результаты и обсуждение

На современном этапе развития Российской Федерации для ее устойчивого экономического роста реализуются Национальные проекты и Государственные программы, направленные в итоге на качественную и достойную жизнь населения страны. Достичь поставленных целей без профессионально подготовленных кадров – сложная задача. Сегодня профессиональное сообщество предъявляет к выпускнику требования по решению задач любой сложности, причем успешно.

Для подготовки таких специалистов образовательные организации применяют различные педагогические технологии, инновационные методы преподавания, активно внедряется и модернизируется электронная образовательная среда, симуляционное обучение, то есть создается «образовательное пространство», куда погружается первокурсник. Составляющие образовательного пространства подготовки бакалавров сестринского дела – это структуры образовательного процесса, они универсальны для всех направлений подготовки медицинских и фармацевтических кадров. К ним относят: педагогический состав и обучающихся; культурные ценности и традиции; корпоративную культуру и морально-эмоциональный климат; имидж и позиционирование организации в профессиональной среде. Но в то же время — это та составляющая и объединяющая сущность, которая придает особенность образовательному процессу и является важнейшей отличительной чертой каждой специальности. Так в подготовке бакалавров, особый акцент уделяется коммуникативным навыкам, которые существенно облегчают оказание сестринской помощи населению, в том числе пожилым.

Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения обуславливают поиск новых, порой нестандартных подходов в подготовке бакалавров сестринского дела, внесения изменений и дополнений в основные профессиональные образовательные программы, как в части дисциплин, так и в части практических навыков и умений. Такие изменения безусловно отражаются и в образовательном

пространстве подготовки бакалавров сестринского дела. Так, например, в Центре симуляционного обучения, виртуальных технологий обновлена база фантомов, моделей, муляжей, тренажеров, виртуальных симуляторов и других технических средств обучения, позволяющих с той или иной степенью достоверности моделировать процессы, ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности бакалавров сестринского дела, при обучении навыкам ухода за лицами пожилого и старческого возраста. Бакалавры получают широкий спектр компетенций и прочно закрепляют практические навыки без риска нанесения вреда пациенту, а также отрабатывают коммуникативные навыки, которые важны в работе с пациентами этой возрастной группы и их родственниками. Особенно важно обучение родственников манипуляциям по долговременному уходу за паллиативными, парализованными пациентами.

Проведенное социологическое исследование лиц пожилого и старческого возраста позволило выявить следующее, так 89% опрошенных считают себя больными, от одного до двух заболеваний имеют 89% опрошенных, от трех до четырех 9% респондентов и 2% указали что имеют более пяти заболеваний. Чувство тревоги, напряжения, плохого настроения испытывают 36% опрошенных, также следует отметить, что 16% пожилых это состояние испытывают постоянно. Половина опрошенных лиц пожилого и старческого возраста (53%) испытывают нуждаемость в постоянной помощи, в том числе медицинской, 34% опрошенных испытывают чувство социальной изоляции и дефицит общения с окружающим миром [1].

Самостоятельно контролировать прием лекарств (регулярно, вовремя, в нужной дозировке) не могут 33% опрошенных. Лица пожилого и старческого возраста хотели бы видеть помощь от медицинских сестер – это в выполнении врачебных назначений 36,9% опрошенных, при приеме лекарственных препаратов 31,3% опрошенных, в манипуляциях по уходу 28,4% и 14,2% хотели бы психологической поддержки {2}.

Следовательно, для данной категории лиц необходимы специалисты, владеющие не только медицинскими знаниями и манипуляциями, но и обладающие правильными коммуникативными навыками, приемами психологической поддержки.

С целью решения данной проблемы и оказания помощи, а также сохранения самостоятельности и независимости пациента, которое включает планирование и осуществление ухода в период болезни, и в период реабилитации, целесообразно привлекать бакалавров сестринского дела.

Основная профессиональная образовательная программа подготовки таких специалистов в Тюменском ГМУ уже включает целый набор дисциплин и практик, ориентированных на оказание сестринской помощи данной категории лиц, а именно основы сестринского дела, основы реабилитации, паллиативная помощь, сестринское дело в гериатрии, медико-социальная реабилитация, педагогическая практика, реабилитационно-профилактическая практика и др. Но для более качественной подготовки таких специалистов необходимо моделировать образовательное пространство, которое позволит сформировать компетенции воздействующие не только на физические, но также и на психологические и социальные аспекты жизни человека, которые составляют единое целое его жизнедеятельности. Моделировать образовательное пространство целесообразно по следующим направлениям:

Информационно-техническим – это системно-организованная совокупность информационного и технического процесса, учебно-методического обеспечения, электронного обучения и дистанционных технологий – все, что неразрывно связано с человеком как субъектом образовательного процесса;

Личностным, которые представляют систему влияния и условия формирования бакалавра сестринского дела, а также возможностей для его собственного развития, содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении;

Системным — это единство социокультурной и духовной жизни вузовского сообщества, непрерывность системы образования, являются системообразующим фактором конкретной основной профессиональной образовательной программы подготовки [3].

Достичь такого результата возможно за счет расширения возможностей в вариативной части программы подготовки, а также разработки и применения дополнительных образовательных программ, индивидуальных образовательных траекторий, направленных уже на конкретные сферы профессиональной деятельности выпускника – бакалавра сестринского дела [4]. Также целесообразно применять интерактивные методы обучения, мастер классы, деловые игры, где на практике можно освоить и отработать различные ситуации связанные с оказанием помощи лицам пожилого и старческого возраста и их родственникам, возникающим в обычной повседневной жизни. Это позволит выпускникам – бакалаврам быстрее адаптироваться в профессиональной среде и оказывать помощь на должном

квалификационном уровне, что снизит риск возникновения критических ситуаций и поможет избежать быстрого эмоционального выгорания.

Выводы

Повышение продолжительности жизни населения Российской Федерации увеличило долю лиц пожилого и старческого возраста, данная категория населения требует оказания медицинской помощи иного уровня. Для осуществления такой медицинской помощи этой группе населения, должны привлекаться специалисты, владеющие разносторонними знаниями и навыками, а следовательно, подготовку, превышающую базовый уровень освоения основной профессиональной образовательной программы. Достичь поставленной цели позволит модернизация образовательного пространства подготовки бакалавров сестринского дела, одной из сфер деятельности которых является улучшение качества жизни населения путем оказания квалифицированной сестринской помощи.

Список литературы

1. Лапик С.В. Востребованность бакалавров сестринского дела на региональном рынке труда // Университетская медицина Урала. 2018. Т. 4. № 4 (15). С. 18–21.
2. Белькова Л.В. К вопросу о развитии профессиональной мотивации у студентов-бакалавров // Университетская медицина Урала, 2019. Том 5, № 4 (19). С. 33–34.
3. Хетагурова А.К., Галиулина О.В., Сиденкова А.П., Набойченко Е.С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения // [Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины](#). 2018. т. 26. [№ 2](#). с. 68–71.
4. Langis M., Borgermans L. Компетентные медицинские кадры для организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг – рабочий документ / Langis M., Borgermans L. / Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015. – 48 с.

© Цветков А.И., Устинов А.Л.

УДК 378.14.014.13

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Цветков А.И.¹, Устинов А.Л.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. В статье обобщается опыт работы преподавателей гуманитарных дисциплин Уральского медицинского университета с обучающимися при изучении такой темы как «Великая Отечественная война». Автор пытается дать оценку эффективности использования игровых технологий для патриотического воспитания молодежи, указывает на неоднозначность и противоречивость таких приемов при работе со студентами. Делается вывод о высокой эмоциональной эмпатии, которую позволяют достичь игровые методы и приемы на занятиях и в рамках внеаудиторной работы при изучении таких тем.

Ключевые слова: воспитание, патриотизм, эмпатия, Великая Отечественная война, игровые технологии.

ACTUAL PROBLEMS OF PATRIOTIC EDUCATION OF FUTURE DOCTORS

Cvetkov A.I.¹, Ustinov A.L.¹

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article summarizes the experience of the teachers of the humanities of the Ural Medical University with the teaching staff in the study of such a topic as "The Great Patriotic War". The author tries to assess the effectiveness of the use of gaming technologies for the patriotic education of young people, points out the ambiguity and inconsistency of such techniques when working with students. The conclusion is made about the high emotional empathy that can be achieved by game methods and techniques in the classroom and in the framework of extracurricular work when studying such topics.

Keywords: education, patriotism, empathy, the Great Patriotic War, gaming technologies.

Введение

Проблемы патриотического воспитания молодежи в современном обществе становятся особенно актуальными. В условиях, когда поток информации возрастает до невероятных пределов, и становится все труднее отделить достоверную информацию от откровенной лжи, а молодежь в современном информационном обществе в силу недостаточного еще уровня знаний не всегда может понять, чему можно верить, а чему нет, возникает очень высокий риск утраты целого пласта знаний о прошлом, на котором можно воспитывать национальное самосознание подрастающего поколения, готового и сегодня на ратные трудовые подвиги на благо своей Родины. Поиск наиболее эффективных методов и приемов патриотического воспитания приобретает особую актуальность, особенно когда дело касается воспитания будущих врачей – тех, кто в самые тяжелые периоды нашей истории всегда были на передовой, спасая жизни солдат и мирных людей, подчас даже ценой собственной жизни.

«Свеча другим, сгораю сам». Принцип, провозглашенный в свое время доктором Тульпом, актуален и сегодня. Но готовы ли современные врачи к такому самопожертвованию, и какой вклад может внести изучение истории в процесс их воспитания? На примере изучения страниц трагического и одновременно героического прошлого нашей страны подрастающее поколение учится любви к Родине, приобретает чувство долга, что особенно важно для такой профессии как врач. А именно через игру повышается заинтересованность студента к изучению прошлого, ведь «использование игровых технологий позволяет повысить мотивацию студентов непрофильных вузов к изучению истории» [1, с. 6].

Цель работы

Анализ эффективности использования игровых технологий в патриотическом воспитании студентов на основе опыта преподавания истории в Уральском государственном медицинском университете.

Материалы и методы

Основными методами исследования стали методы анализа, обобщения, ретроспекции. На основе опыта работы преподавателей кафедры истории, экономики и права УГМУ на протяжении последних 8 лет, когда идет активное внедрение методов геймификации, дается анализ эффективности этих методов в процессе патриотического воспитания молодежи. Основным материалом исследования стали

студенты Медицинского Университета, на которых пробиравались игровые технологии обучения.

Результаты и обсуждение

Книгу Г.А. Кулагиной «Сто игр по истории» уже можно читать классикой: это практически первый опыт внедрения игровых технологий в преподавание истории. Автор не ставила задачу патриотического воспитания молодежи через применение игровых форм, но вполне четко определяет, что их использование будет «способствовать углублению знаний учащихся в области общественных наук, расширению их общественно-политического кругозора, развитию общей культуры» [2, с. 4]. Можно ли в обществе, которое формировало сознание будущего «строителя коммунизма» это назвать формой патриотического воспитания? Думается, да.

Г.Ю. Тимошенко отмечает, что игра – это «средство воспитания, в котором воспитатель в качестве инструмента формирования личности воспитанника использует его свободную (игровую) деятельность в воображаемой и реальной ситуациях, направляя ее на развитие положительных качеств личности» [3, с. 6]. Т.М. Михайленко считает, что игра – это «исторически обусловленный, естественный элемент культуры, представляющий собой вид произвольной деятельности индивида. В игре происходит воспроизводство и обогащение социального опыта предшествующих поколений, освоение норм и правил человеческой жизнедеятельности» [4, с. 145]. То есть как средство воспитания и элемент культуры, который позволяет осваивать правила человеческой жизнедеятельности, игра вполне может и должна воспитывать чувство долга и любви к Родине.

В рамках преподавания дисциплин «История» и «История медицины» в Уральском медицинском университете с 2014 г. активно внедряются игровые технологии. Их внедрение связано с деятельностью доцента кафедры Ирины Васильевны Айрапетовой, а затем молодого преподавателя, Андрея Леонидовича Устинова, который придал таким методам определенную системность.

Основные задачи патриотического воспитания будущих врачей решали дидактические и тематические игры по теме «Великая Отечественная война». В 2015 г. в рамках празднования 70-летия Великой Победы был проведен «конкурс на лучшую игру, посвященную этой великой войне». Лучшие игры по итогам этого конкурса были опубликованы в сборнике «20 игр по истории» [5, с. 19]. Это:

1. Базовая игра по теме «Великая Отечественная война 1941–1945 гг.», включающая в себя 4 игровые линейки: «События», «Оружие Победы», «Герои войны» и «Культура» [5, с. 130–139].

2. Игра повышенной трудности по теме «Великая Отечественная война 1941–1945 гг.», включающая 5 игровых линеек: «Понятия», «События», «Культура», «Люди» и «Боевая техника» [5, с. 140–160].

Если первая версия игры предназначена для реализации в рамках учебных занятий при изучении темы «Вторая мировая война» (или темы «Мировые войны» по ФГОС 3++), то вторая подходит скорее для внеаудиторной работы со студентами, в т.ч. в рамках мероприятий по празднованию Дня Победы, работы игрового клуба и т.д. Приведем для примера вопрос из базовой игры и игры повышенной трудности:

1. Базовый вариант: какому городу были посвящены слова Уинстона Черчилля, сказанные им в 1943 г.: «Хорошо бы оставить нетронутыми страшные руины этого легендарного города, они, подобно развалинам Карфагена, навсегда остались бы своеобразным памятником человеческой стойкости и страданий...». Ответ: Сталинграду [5, с. 132].

2. Сложный вариант: перечислите 13 городов-героев. За что города-герои получили свое звание? Ответ: Москва, Ленинград (ныне — Санкт-Петербург), Сталинград (ныне — Волгоград), Киев, Одесса, Севастополь, Брестская крепость (крепость-герой), Новороссийск, Керчь, Минск, Тула, Мурманск, Смоленск. Это звание получали города, которые понесли самые серьезные потери в ходе Великой Отечественной войны, оказывали врагу наиболее ожесточенное сопротивление [5, с. 160].

В 2017 г. коллективом кафедры истории, экономики и правоведения был подготовлен новый сборник «20 игр по истории медицины». В него вошла игра на тему «Медицина в годы Великой Отечественной войны» [6, с. 181–190]. Игра включает 4 игровые линейки: «Понятия», «Интересные факты», «Персоналии» и «Культура». Учитывая то обстоятельство, что учебным планом не предусмотрено преподавание отдельно темы «Медицина в годы Великой Отечественной войны», а советский период истории медицины преподается другой кафедрой, проведение данной игры также рекомендовано в рамках внеаудиторной работы со студентами. В качестве примера приведем такой вопрос из данной игры:

- Назовите имя автора данного стихотворения:

И хлопчут сестрички,

Хлопочут умело и споро,
И потеют шоферы,
Стараясь, чтоб меньше трясло.
А седые врачи
С руками заправских саперов
Почему-то считают,
Что попросту нам повезло...

Ответ: Отрывок из стихотворения «Смерть уносит друзей...». Автор — Сергей Баруздин — советский поэт и прозаик, участник Великой Отечественной войны [6, с. 184].

В последствии был разработан целый ряд дидактических и тематических игр, которые не вошли в данные сборники, но активно внедрялись на кафедре. Приведем для примера только некоторые вопросы из них:

1. Этот лозунг, определивший основу жизни страны на протяжении военных лет, стал главным для людей, заменивших рабочих, ушедших на фронт. Впервые упоминается в директиве Совет народных комиссаров СССР от 29 июня 1941 г. Провозглашен по радио в речи И. В. Сталина 3 июля 1941 г. Выражал сущность программных действий, разработанных Советским правительством для превращения страны в единый боевой лагерь, подчинённый единственной цели — победе в Великой Отечественной войне. Ответ: все для фронта, все для победы.

2. Многосторонняя встреча лидеров трех стран-участниц антигитлеровской коалиции во время Второй мировой войны. Проходила в Ливадийском (Белом) дворце, и стала последней встречей лидеров антигитлеровской коалиции «большой тройки» в дядерную эпоху. В каком городе и когда проходила и как называлась эта встреча? Назовите фамилии лидеров, принимавших участие в этой встрече, и возглавляемые ими страны. Ответ: Ялтинская (Крымская) конференция союзных держав (4–11 февраля 1945). Встреча глав СССР (И. В. Сталин), США (Ф. Рузвельт) и Великобритании (У. Черчилль).

Показательно, что все эти игры разрабатывали и проводили под чутким руководством преподавателей сами студенты, что делает их особенно ценными в плане воспитанию любви к Родине и чувства причастности к трагическому прошлому своей страны. Особняком в этом отношении стоят еще две игры по данной теме:

1. Великая Отечественная война в советской и российской культуре;

2. Подвиг женщин в годы Великой Отечественной войны.

Первый вариант игры включает в себя 4 игровые линейки: «Изобразительное искусство», «Кинематограф и музыка», «Памятники и стены» и «Литература». Игра проходит с элементами театрализации, цель которой – максимальное погружение ребя в эпоху. Начинается игра с проигрывания 7-й («Ленинградской») симфонии Д.Д. Шостаковича, просмотра ролика с выступлением Советского правительства о начале войны и нарезками военных кадров, а заканчивается – минутой молчания на фоне «Реквиема» Р.И. Рождественского. Такую игру на кафедре часто стали проводить при изучении темы «Вторая мировая война», которая по времени обычно совпадала с майскими праздниками. Некоторые наиболее впечатлительные студенты во время минуты молчания даже могли плакать.

Игра по теме «Подвиг женщин в годы Великой Отечественной войны» проводилась в рамках игрового клуба при подготовке к празднованию Международного Женского дня. Игра так же включала 4 традиционные сетки: «Фотографии», «События», «Культура», «Герои» и имела высокий успех. Автор-разработчик игры «На бис» повторяла ее в течение трех лет для трех поколений первокурсников. Вот пример вопроса из этой игры:

«Мы знаем, что ныне лежит на весах

И что совершается ныне.

Час мужества пробил на наших часах,

И мужество нас не покинет...»

Из какого произведения эти строки, в какой поэтический цикл входит данное произведение? Кто автор этого цикла? Ответ: это стихотворение «Мужество» Анны Ахматовой. В 1941 году, будучи в эвакуации, Анна Ахматова начала работу над поэтическим циклом под названием «Ветер войны», в который вошло стихотворение «Мужество».

Важным этапом в развитии методов и приемов геймификации стало внедрение в практику работы кафедры ролевых игр – суды истории и словесные дуэли. Преподаватели кафедры отмечают, что «новая парадигма образовательной деятельности требует подхода к студенту как к активному, самостоятельно организующему свою деятельность субъекту педагогического взаимодействия. Это студент, который сменил потребительскую позицию на активную, тот, у кого появилась готовность взять на себя ответственность за свое учение, тот, кто способен

к самоактуализации» [7, с. 62]. Конечно, темы, связанные с Великой Отечественной войной, целенаправленно в таких играх не поднимался. Но во многих играх она становилась одной из центральных тем, а многие ребята играли ведущих исторических деятелей времен войны – Маршалов Победы Л.П. Берия, Г.К. Жукова и т.д.

В 2020 г. к 75-й годовщине Великой Победы прошел творческий конкурс, в котором были представлены работы в трех основных номинациях:

1. Агитационный плакат, портрет, батальные сцены (15 работ);
2. Рассказ, очерк, эссе (5 работ);
3. Авторские стихи (4 работы).

Всего на конкурс было представлено 24 работы. Как сказала автор одной из работ Ариана Масленникова, «[Я обязана] вспомнить не только тебя, павшего под Сталинградом или за тихой Вислой, но и тысячи других солдат, молодых и старых, которые ушли на защиту Родины и не вернулись в свой отчий дом. Я обязана вас помнить, дорогие защитники Родины».

В целом игровые методы показали высокую эффективность в патриотическом воспитании молодежи. Студенты активно включаются в игровой процесс, что позволяет решать ключевые задачи педагогического процесса. В апреле 2022 г. преподавателями кафедры Устиновым Андреем Леонидовичем и Скороходовой Ларисой Александровной в рамках Дня единых действий была создана группа в социальной сети #БезСрокаДавности УГМУ. В этой группе студенты писали свои отзывы и отношение к нацизму. Были и довольно формальные отзывы, но были и весьма интересные. Например, студентка Наталья Ионова написала следующее: «Больно смотреть на жестокость нацистских солдат, на прямые свидетельства геноцида советского народа. И даже не хочется представлять, насколько больно людям, имеющим прямую причастность к событиям войны. Я слышала сотни историй очевидцев, да, мне повезло общаться с ветеранами, даже запечатлеть их рассказы на видео. Но видео эти пересматривать без сжигающей изнутри боли и разочарования, как и отрывки задокументированных и сохранённых преступлений фашистов – невозможно. Нам, как поколению детей, выращенных в мире, не знавших голода, боли, страданий, невозможно представить и части того, что довелось пережить нашим бабушкам и дедушкам, их родителям; мы не имеем морального права судить тех, кто защищал от зла свой дом, свою семью и свою родину. Много раз спрашивали - а как бы поступили мы? Но вот в чем правда – история не терпит сослагательного

наклонения, а мы не сможем поставить себя на место тех людей, что жили в прошлом. В наших силах лишь не допустить подобных зверств в будущем, бороться за мир и за правду» [8].

Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Игра является важным инструментом повышения познавательного интереса обучающихся, поэтому использование игровых технологий для патриотического воспитания может дать гораздо более высокий результат.

2. Использование игровых технологий при изучении темы «Великая Отечественная война» позволило добиться необходимой эмоциональной реакции среди обучающихся, что особенно важно при воспитании гражданских качеств личности;

3. Важно, чтобы при изучении тем, нацеленных на патриотическое воспитание, игра не превращалась в саму цель, а оставалась лишь средством для достижения более важной цели. Поэтому не следует злоупотреблять такими важными для игры признаками, как агональность, состязательность, театрализация.

В целом при грамотном использовании и организации учебного процесса игровые технологии могут быть весьма эффективными для патриотического воспитания обучающихся, способствовать формированию у них гражданских качеств и чувства долга перед Родиной.

Список литературы

1. Устинов А.Л., Винокуров Д.С. К вопросу об эффективности использования игровых технологий при преподавании дисциплин исторического цикла в Медицинском университете // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. – 2022. – № 1(54). – С. 5–13.
2. Кулагина Г.А. Сто игр по истории. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Просвещение, 1983. – 240 с.
3. Тимошенко Г.Ю. Использование игровых технологий на уроках в рамках реализации Федерального государственного образовательного стандарта // Школьная педагогика: Международный научно-методический журнал. – 2019. – №. 3. – С. 6–8.
4. Михайленко Т.М. Игровые технологии как вид педагогических технологий // Педагогика: Традиции и инновации: Международная заочная научная

- конференция (Молодой ученый): В II т., Т. I. – Челябинск: Два комсомольца, 2011. – С. 140–146.
5. Шапошников Г.Н., Айрапетова И.В., Устинов А.Л., Шумкин Г.Н. 20 игр по истории. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2015. – 224 с.
 6. Шапошников Г.Н., Айрапетова И.В., Устинов А.Л. 20 игр по истории медицины. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2017. – 240 с.
 7. Шапошников Г. Н., Айрапетова И. В., Устинов А.Л., Никитина И.А., Ятлук А.А. Развитие познавательной, интеллектуальной и эмоциональной активности студентов медицинских вузов на основе дискуссионных форм и методов внеаудиторной работы // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. – 2018. – № 2(39). – С. 57–68.
 8. Группа #БезСрокаДавности УГМУ // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://vk.com/club212774907> (дата обращения: 11.05.2022 г.).

© Горфинкель В.А.

УДК 159.923.2

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ В АСПЕКТЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Горфинкель В.А.

*ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический
университет», г. Екатеринбург*

Резюме. В статье представлены результаты исследования особенностей самооценки у старших дошкольников в контексте детско-родительских отношений.

Ключевые слова: самооценка, детско-родительские отношения, дошкольный возраст.

FEATURES OF SELF-ESTIMATION IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN IN THE ASPECT OF CHILD-PARENT RELATIONSHIPS

Gorfinkel V.A.

Russian State Vocational Pedagogical University, Ekaterinburg

Summary. The article presents the results of a study of the features of self-esteem in senior preschoolers in the context of child-parent relationships.

Key words: self-esteem, parent-child relationship, preschool age.

Введение

Семья – первая ступень развития в жизни человека. Она с раннего возраста направляет сознание, волю, чувства детей. Современные исследования детско-родительских отношений подтверждают, что основным универсальным показателем того, как родительское отношение отражается на развитии и формировании личности ребёнка, является способ обращения, тип поведения родителей с детьми.

В старшем дошкольном возрасте у ребенка развивается сложный компонент самосознания – самооценка, которая оказывает существенное влияние на общее развитие личности человека. В настоящее время ярко выражается влияние самооценки дошкольника на его поведение, межличностные контакты. Дошкольный возраст – начальный этап осознания ребенком самого себя. Поэтому важно в этот период заложить фундамент развития адекватной самооценки.

В дальнейшем это ребенку поможет правильно оценить себя, свои силы и в

соответствии с ними самостоятельно ставить перед собой цели и задачи. В научной литературе самооценке уделено большое внимание. Детско-родительские отношения – это такой компонент, который оказывает влияние на все сферы развития личности ребенка: эмоциональную, коммуникативную, познавательную, а особенно у детей старшего дошкольного возраста на развитие самооценки.

Таким образом, взаимодействие ребенка с родителями – это самый первый опыт взаимодействия с окружающим миром, который формирует определенные модели поведения как со взрослыми людьми, так и со сверстниками.

Цель работы

Целью нашего исследования было изучение особенности самооценки у старших дошкольников в аспекте детско-родительских отношений. Объект исследования: психологический феномен самооценки. Предмет исследования: особенности самооценки у старших дошкольников в аспекте детско-родительских отношений.

Материалы и методы

Нашими гипотезами стали предположения, о том что, существуют значимые различия в особенностях выраженности самооценки в группах мальчиков и девочек; что существует особенности выраженности самооценки у старших дошкольников в аспекте детско-родительских отношений и существует специфические взаимосвязи с самооценки и компонентами детско-родительских отношений.

Нами были использованы следующие методики Тест родительского отношения (А.Я. Варга, В.В.Столина); Методика «Лесенка» (С.Г. Якобсон, клоп В.Г. Щур); Методика «Какой Я?» (по О.С. Богдановой).

В исследовании приняли участие 60 человек, из них 30 дошкольников, в возрасте 5–6 лет и 30 родителей, на базе филиала МАДОУ «Детский сад № 26», г. Первоуральска.

В нашем исследовании используем определение самооценки Л.С. Выготского, по его определению, самооценка – обобщённое, то есть устойчивое, внеситуативное и, вместе с тем, дифференцированное отношение ребёнка к себе.

Результаты и обсуждение

По результатам нашего исследования направленное на выявление особенностей самооценки у старших дошкольников в аспекте детско-родительских отношений по методике «Лесенка». Показало, что 30%, имеют адекватную самооценку. Имеют завышенную самооценку 40%. Заниженной самооценка была выявлена 30% детей.

Результаты, по методике «Какой Я?» показали, что высокий уровень самооценки у 23% детей, средний у 77 [1].

Проведенное нами анкетирование родителей по тесту – опроснику родительского отношения (ОРО), с целью выявления родительского отношения к ребенку показало, что родители в большинстве принимают ребенка таким, какой он, есть, уважают и признают его индивидуальность, одобряют его интересы, поддерживают планы, проводят с ним достаточно много времени и не жалеют об этом (шкала «Принятие – отвержение», среднее значение 27,3). По шкале «кооперация» выявлено, что родители проявляют искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивают способности ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу ребенка, стараются быть с ним на равных (среднее значение 5,8) [2]. Родители ощущают себя с ребенком единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни (шкала «симбиоз» – среднее значение 4,5). Родители следят за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами (шкала «авторитарная гиперсоциализация» – среднее значение 5,2). Неудачи ребенка родители считают случайными и верят в него (шкала «неудачи детей», среднее значение 1,7) [3].

По результатам сравнительного анализа в подгруппах детей и взрослых, можно сделать вывод, что обнаружены различия на среднем уровне значимости по шкалам: Умный – значительно выше у детей с низким уровнем самооценки, что подтверждают результаты по шкале (0,038). Симбиоз – выражен значительно выше у детей с высоким уровнем самооценки (0,037) [4].

Результаты сравнительного анализа в подгруппах мальчиков и девочек обнаружены значимые различия по следующим шкалам: уровень самооценки, хороший, добрый, умный, аккуратный, послушный, внимательный, вежливый, способный, трудолюбивый, честный, общий уровень самооценки [5].

Проведенный нами корреляционный анализ позволяет нам сделать вывод о том, что существует прямая корреляционная взаимосвязь между самооценкой ребенка и кооперацией. При этом типе происходит наиболее гармоничное и разностороннее развитие личности ребенка. Для него характерна высокая самооценка, самопринятие, самоуважение, самоконтроль [6].

Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между самооценкой ребенка и кооперацией. Родители требуют от ребенка высоких достижений, наказывают за

неудачи, жестко контролируют. Большинство детей, воспитывающихся в таких семьях, характеризуются как неуверенные в себе, безынициативные, ранимые, неустойчивые к стрессам, неспособные постоять за себя либо, наоборот, агрессивные и конфликтные [7].

Также выявлена отрицательная корреляция между неудачей детей и самооценкой детей старшего дошкольного возраста. К ребенку относятся с пренебрежением, игнорируя его эмоциональные потребности. При этом типе возможно развитие у детей эмоциональной отчужденности, тревожности, замкнутости и недоверия к окружающим. В то же время ребенок может излишне предписывать себе положительные качества. Наделяя себя такими качествами, ребенок возмещает негативное, равнодушное отношение родителей к себе [8].

Итак, семья в старшем дошкольном возрасте играет для ребенка наиважнейшую роль, причем как положительную, так и отрицательную. То, что закладывается в данный период, запоминается, сохраняется и используется человеком при достижении им биологической и социальной зрелости. Тип родительского отношения заметно оказывает влияние на формирование самооценки ребенка, в частности, в семьях с авторитарным типом дети чаще всего имеют низкую самооценку, а в семьях с авторитетным типом – высокую [9]. В семьях с преобладающим индифферентным стилем самооценка детей также может быть занижена. Не выявлено значимой взаимосвязи между самооценкой детей и либеральным стилем семейного воспитания.

Выводы

Таким образом, эмпирическим путем установлена взаимосвязь между самооценкой ребенка и компонентами детско-родительских отношений, что позволяет нам говорить о верификации выдвинутой гипотезы.

На основе полученных результатов для старших дошкольников была создана программа, направленная на формирование адекватной самооценки у детей старшего дошкольного возраста посредством совместной, самостоятельной и игровой деятельности.

Цель программы – создание условий для формирования адекватной самооценки у детей старшего дошкольного возраста посредством совместной, самостоятельной и игровой деятельности.

Список литературы

1. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте. — СПб.: Питер, 2008. — 398 с.
2. *Маслова, Е.А.* Общие закономерности динамики самооценки в онтогенезе / Маслова Е.А. – Методы изучения и диагностики психологического развития ребенка / Под редакцией Н.И. Непомнящей. – М.: Просвещение, 1995. – С.169.
3. *Слободчиков И.М., Самуйлова О.И.* К вопросу о развитии «Образа Я» в предшкольный период детства // Психологическая наука и образование. – 2004 – №1. – С.20.
4. *Уманец, Л.И.* Роль самооценки в игровых отношениях дошкольников / Л.И. Уманец // Вопросы психологии. – 1996. – № 11. – С. 61–67.
5. *Алфеева Е.В.* Креативность и личностные особенности детей дошкольного возраста: Дис. канд.псих.наук. М. 2004. 176 с.
6. *Выготский Л.С.* Проблемы возраста. М.: 2004. 396 с.
7. Особенности психического развития детей 6–7-летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, Л.А. Венгера. М.: Педагогика. 2006. 470 с.
8. Психология личности и деятельности дошкольника /Под ред. А.В. Запорожца, Д.Б.Эльконина. М.: 2004. 374 с.
9. Социальная психология дошкольника: учеб. Пособие/ под ред. Н.Е. Веракы, А.Н. Вераксы, Т.А. Репиной. М.: Мозаика–Синтез. 2016. 361 с.

© Курочкина И.А., Зеер Э.Ф.

УДК 159.972

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ПЕДАГОГОВ,
РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ**

Курочкина И.А., Зеер Э.Ф.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный педагогический университет»

Министерства просвещения Российской Федерации

Резюме. В статье поднимается проблема психологической адаптации педагогов, работающих с детьми с особыми возможностями здоровья. Авторы представляют результаты собственных исследований, касающихся проблемы психологической готовности педагогов к работе с детьми с проблемами в здоровье. На основе проведенного исследования авторы делают выводы, что готовность педагогов работать с такими детьми зависит от уровня их профессионализма.

Ключевые слова: профессиональная готовность, адаптация, ограниченные возможности здоровья, инклюзивное образование.

**PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL READINESS OF TEACHERS WORKING
WITH CHILDREN WITH LIMITED HEALTH OPPORTUNITIES**

Kurochkina I.A., Zeer E.F.

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education " Ural State Pedagogical University" of the Ministry of Education of the Russian Federation

Summary. The article raises the problem of psychological adaptation of teachers working with children with special health conditions. The authors present the results of their own research concerning the problem of psychological readiness of teachers to work with children with health problems. Based on the conducted research, the authors conclude that the willingness of teachers to work with such children depends on the level of their professionalism.

Keywords: professional readiness, adaptation, limited health opportunities, inclusive education.

Введение

В настоящее время система образования в России ориентирована на обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях совместно со здоровыми детьми.

Современные школы, в большинстве своем, не готовы принять детей с особыми образовательными потребностями. И дело не столько в отсутствии адаптированной для инклюзивного образования среды, сколько в отсутствии педагогов, получивших специальную подготовку и готовых осуществлять инклюзивное образование детей, влияя на всех субъектов образования.

Психолого-педагогическую готовность к совместному обучению детей с особыми образовательными потребностями и детей с нормой развития рассматривали следующие авторы: С.В. Алехина, С.А. Алейникова, О.А. Денисова, О.Л. Леханова, В.Н. Поникарова, Н.Д. Шматко. Они отмечают неготовность педагогов к осуществлению практики инклюзивного обучения.

В структуре психолого-психологической готовности Н.Н. Малярчук выделяет следующие компоненты: аксиологический, эмоционально-мотивационный, когнитивный, волевой, операционально-компетентностный, коммуникативный, рефлексивный [5].

Цель работы

Изучение психолого-педагогической готовности педагогов работающих с детьми ОВЗ.

Материалы и методы

Объект исследования: психолого-педагогическая готовность.

Предмет исследования: психолого-педагогическая готовность педагогов, работающих и не работающих с детьми ОВЗ.

Гипотезы исследования:

1. Выраженность компонентов психолого-педагогической готовности педагогов, работающих с детьми с нормой развития, отличается от психолого-педагогической готовности педагогов работающих с детьми ОВЗ.

2. Существуют взаимосвязи компонентов психолого-педагогической готовности в группе педагогов, работающих и не работающих с детьми ОВЗ.

Методологической основой исследования стали положения об общих и специфических закономерностях развития детей с различными видами дизонтогенеза (Л.С. Выготский,

В.В. Лебединский, В.И. Лубовский и др.); исследования проблем обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья (Р.М. Боскис, Л.А. Головчиц, В.П. Ермаков, А.Г. Литвак, М.И. Никитина, Л.П. Носкова, В.А. Феоктистова и др.); исследования, посвященные проблемам психолого–педагогического сопровождения лиц с проблемами в развитии (Е.И. Казакова, М.И. Никитина и др.).

В работе использовались следующие методы: теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования; эмпирические методы: тестирование, методы математической статистики: сравнительный и корреляционный анализ.

Согласно логике исследования были использованы следующие методики: диагностика готовности педагога к работе с детьми с ОВЗ, Д.Ю. Соловьев; методика диагностики уровня развития рефлексивности, А.В. Карпов; диагностика типа центрации педагога, К.М. Левитан; методика «Мотивы выбора деятельности преподавателя», Е.П. Ильин; методика определения нервно-психической устойчивости «Прогноз», В.Ю. Рыбников [6]; опросник эмпатии, А. Меграбян, Н. Эпштейн.

В исследовании приняли участие 60 преподавателей СОШ № 146, из них 30 преподавателей работающих с детьми ОВЗ и 30 преподавателей, работающих с детьми с нормой развития.

По методике «Опросник эмпатии» обнаружено, что у педагогов, которые работают с детьми ОВЗ, выявлен низкий уровень эмпатии.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов диагностики по методике «Мотивы выбора деятельности преподавателя» в группе педагогов, которые работают с детьми ОВЗ больше выражено педагогическое призвание, в группе педагогов, которые работают с нормой здоровья, больше выражены сопутствующие внешние факторы, такие как: наличие длительного отпуска, стабильность заработной платы.

У педагогов, работающих с нормой здоровья, доминирующим является авторитарный тип центрации, педагоги зависимы от мнения администрации и коллег. В группе педагогов, работающих с детьми ОВЗ, значимыми являются: комформный, эгоцентрический, гуманистический, авторитарный типы центрации, ориентация на родителей, педагоги ориентируются на свои интересы.

По методике определение нервно-психической устойчивости (НПУ), «Прогноз» показал, что в обеих группах педагогов, нервно-психическая устойчивость выражена на высоком уровне.

Анализ результатов диагностики по методике «Определение готовности педагогов работать с детьми с ОВЗ» показал, что в группе педагогов, которые работают с детьми с ОВЗ, результаты выше, педагоги имеют достаточную квалификацию и опыт для работы с такими детьми.

У педагогов обеих групп обнаружен низкий уровень ретроспективной рефлексии и рефлексии общения.

Результаты сравнительного анализа в группах педагогов, работающих и не работающих с детьми ОВЗ, обнаружены достоверные различия, при $p < 0,05$, по показателям: рефлексия настоящей деятельности, прогностическая рефлексия, общий уровень рефлексии, авторитарный тип центрации, а также уровень информационной готовности, психологической и профессиональной готовности выше у педагогов, работающих с детьми ОВЗ.

Педагоги, работающие с детьми ОВЗ, больше склонны анализировать свою профессиональную деятельность, осведомлены об особенностях детей с различными нарушениями здоровья, они проявляют эмпатию. Педагоги данной группы выбирают оптимальные способ организации инклюзивного образования, проявляют гибкость, используют индивидуальный подход в образовании, но зависят от мнения и оценки коллег.

У педагогов, работающих с нормой здоровья, выше выражен методический тип центрации, они совершенствуют педагогические технологии обучения и воспитания, при этом относятся к обучающемуся как к «фону».

Результаты корреляционного анализа. В группе педагогов, работающих с нормой здоровья, позволяют говорить о том, что обнаружены достоверно значимые взаимосвязи между компонентами психологической готовности к инклюзивной деятельности.

Чем выше педагог проявляет эмпатию, тем более выражено у него педагогическое призвание и готовность к педагогической деятельности. Педагогическое призвание взаимосвязано с показателями ретроспективной рефлексией, педагог опирается на предыдущий опыт, учитывает в своей деятельности положительный или негативный опыт.

У тех педагогов, у которых выявлено педагогическое призвание, менее проявляется рефлексия настоящей деятельности, они менее ориентированы на анализ своих поступков, действий в настоящей деятельности, при этом у них обнаружен высокий уровень рефлексии в общении. Такой учитель больше ориентирован на общение и взаимопомощь с родителями учащихся.

Педагогическое призвание прямо коррелирует с общим уровнем рефлексии и информационной готовностью. Педагог в своей деятельности учитывает основные положения инклюзивного образования; индивидуальных особенностей и образовательных потребностей детей с различными нарушениями в развитии; форм и методов в работе с детьми с нарушениями в развитии. У педагога, имеющего педагогическое призвание сформирован уровень психологической готовности, он принимает основные ценности инклюзивного образования; проявляет эмпатию к детям с различными типами нарушений в развитии.

Педагоги с низким уровнем профессиональной готовности больше ориентированы на предыдущий опыт и собственные достижения в прошлом.

Чем выше у педагога выражены компоненты профессиональной готовности: умение отбирать оптимальные способы организации инклюзивного образования, проявлять гибкость, тем менее он склонен к самоанализу предыдущих действий и поступков.

У педагогов с низким уровнем психологической готовности к инклюзивному образованию, выше проявляется гуманистический тип центрации. Педагоги с выраженной психологической готовностью к инклюзивному образованию менее центрированы на интересах, требованиях администрации, меньше зависимы от оценок их деятельности и мнения со стороны других.

Выраженная профессиональная готовность педагога коррелирует с высоким уровнем нервно-психической устойчивости, педагоги адекватно реагируют в условиях стрессовой ситуации.

Результаты корреляционного анализа. В группе педагогов работающих с детьми ОВЗ обнаружены достоверно значимые взаимосвязи.

Чем выше у педагога выражен эгоцентрический тип центрации потребность собственного «Я», индивидуальность в профессиональной деятельности, тем выше проявляется его профессиональная готовность, он умеет отбирать оптимальные способы организации инклюзивного образования, проявлять гибкость, использовать в образовательной деятельности индивидуальный подход.

Чем выше проявляется центрация на интересах детей, деятельность педагога направлена на гуманизацию процесса обучения, тем меньше у него сформирована психологическая готовность к инклюзивному образованию. Скорее всего такие педагоги проявляют жалость к детям, не готовы выдвигать определенные требования к обучению.

Высокий уровень профессиональной готовности обуславливает самодостаточность, учитель менее зависим от оценок и мнения администрации учебного заведения.

Педагоги, у которых обнаружен высокий уровень выраженности педагогического призвания более ориентированы на конструктивное взаимодействие с семьей обучающегося. При этом такие педагоги проявляют низкую нервно-психическую устойчивость, имеют трудности в стрессогенных ситуациях.

Педагогическое призвание является одним из факторов, обуславливающих профессиональную готовность. Он умеет отбирать оптимальные способы организации инклюзивного образования, проявляет гибкость, использует в образовательной деятельности индивидуальный и дифференцированный подходы, владеет педагогическими технологиями, организует совместное образование учеников с ОВЗ и учеников без ограничений возможностей здоровья, создает специальные условия образования для обучающихся с ОВЗ, участвует в разработке адаптированных образовательных программ.

Выводы

Таким образом, развитие компонентов психологической готовности педагогов к работе с детьми в условиях инклюзивного образования будет способствовать развитию личности детей с ОВЗ и обеспечивать их социализацию и адаптацию в обществе.

Список литературы

1. Алёхина С. В. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 83–92.
2. Готовность педагога к работе в условиях инклюзивного образования: монография / Е.В. Кетриш. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2018. 120 с.

3. Левитан К.М. Личность педагога: становление и развитие. Саратов. — 1991—135 с.
4. Лубовский, В.И. Инклюзия — тупиковый путь для обучения детей с ограниченными возможностями / В.И. Лубовский // Специальное образование. — 2016. — № 4.
5. Малярчук Н. Н. Культура здоровья педагога. Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2008. 192 с.
6. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения специалистов опасных профессий: монография. Всерос. центр. экстрен. и радиац. медицины МЧС России, С.-Петерб. ун-т ГПС МЧС России, С.- Петерб. ин-т психологии и соц. работы. – СПб.: Политехника сервис, 2011. – 120 с.

© Блохина С.И., Набойченко Е.С.

УДК 908

ЦЕНТР БОНУМ: ОТ ИСТОКОВ ДО НАШИХ ДНЕЙ**Блохина С.И., Набойченко Е.С.**

*Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Многопрофильный клинический Медицинский центр «БОНУМ»*

Резюме. Центр «БОНУМ» - современная динамично развивающаяся структура. Авторы статьи описывают динамику развития Центра: от становления до наших дней. Они выделяют особую специфику работы Центра как многофункциональной структуры, учреждения, которое включает в себя 12 центров для детей с различными патологиями.

Ключевые слова: истоки создания, восстановление нарушенных функций, система реабилитации, стратегия реабилитации, философия уважения, инструментарий оказания помощи.

BONUM CENTER: FROM THE ORIGINS TO THE PRESENT DAY**Blohina S.I., Naboichenko E.S.**

*State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region "Multidisciplinary
Clinical Medical Center "BONUM"*

Summary. The BONUM Center is a modern dynamically developing structure. The authors of the article describe the dynamics of the Center's development: from its formation to the present day. They highlight the special specifics of the Center's work as a multifunctional structure, an institution that includes 12 centers for children with various pathologies.

Keywords: origins of creation, restoration of impaired functions, rehabilitation system, rehabilitation strategy, philosophy of respect, tools of assistance.

Введение

Актуальность работы заключается в том, что описываются этапы создания Научно-практического центра «БОНУМ», выделяется главенствующая роль восстановления нарушенных анатомо-физиологических возможностей при патологии лица и челюсти со смещением акцента на значении системы социально-психологических, медико-социальных мероприятий, направленных на компенсацию имеющегося дефекта.

Цель работы

Осветить исторический аспект медицинской, психолого-педагогической и социальной эволюции центра «БОНУМ».

Материалы и методы

Методологическую базу составили ретроспективный, проблемно-хронологический и идеографический методы. Работа представляет обобщение практического опыта ведущих специалистов в области реабилитации черепной челюстно-лицевой патологии.

Результаты и обсуждение

Истоки создания Научно-практического центра «БОНУМ» следует искать еще в далеком советском прошлом. Так, в 1967 г. при спецшколе-интернате № 58, тогда еще г. Свердловска, по инициативе доктора медицинских наук, профессора Брониславы Яновны Булатовской и кандидата медицинских наук, доцента Натальи Сергеевны Кузнецовой было открыто небольшое отделение для детей с врожденной челюстно-лицевой патологией областной при Областной детской клинической больнице № 1. В штате отделения работало всего 15 сотрудников, и у отделения даже не было собственного помещения. Детей, имеющих челюстно-лицевую патологию, оперировали в межрайонных центрах городов: Нижнего Тагила, Серова, Красноуфимска Каменска-Уральского. И только через восемь лет, в 1975 г., в спецшколе № 58 была открыта первая операционная для таких детей. А еще через четырнадцать лет, в 1989 г., данное отделение было преобразовано в Центр восстановительного лечения детей с врожденными дефектами физического и речевого развития [1, с. 20].

В 1970–1980-е гг. утверждается главенствующая роль восстановления нарушенных анатомо-физиологических функций челюстно-лицевой области, и перенос акцента на значение системного подхода (психолого-педагогических и социально-медицинских мероприятий), направленных не только на компенсацию имеющегося дефекта, но и на его предупреждение, в том числе через программу «Ответственное родительство».

На данном этапе целью было не просто устранение пороков физического развития и возвращение ребенку здоровья, но и оказание всестороннего содействия его реабилитации и адаптации в обществе. На этапе 1980–1990-х гг. появляется междисциплинарная команда специалистов. Инструментарий оказания помощи тоже расширяется – изначально это только диспансеризация и консилиум врачей, к 1970-м гг. сюда добавляется социальная карта семьи и медико-социальный патронаж, а с

конца 1980-гг. стала возможна уже практика раннего вмешательства с целью выявления патологии у детей в раннем возрасте и ее исправления. Перинатальные центры и научно-практические лаборатории позволили выявлять патологии еще на этапе беременности, и исправлять такие пороки уже в младенческом возрасте.

Исторически долгожданное событие для нашего учреждения случилось в январе 1991 г. Приказом начальника Главного управления здравоохранения Свердловского облисполкома, Блохиным Александром Борисовичем, было создано «Научно-практическое объединение медико-социальной реабилитации детей и подростков с врожденной челюстно-лицевой патологией и тяжелыми нарушениями речи «БОНУМ». Центру было выделено 75 коек на базе специализированных детских яслей № 113 по ул. Попова, 24а. Наконец-то Центр стал самостоятельным юридическим лицом [1, с. 20].

Центр рос и расширялся. В дальнейшем были открыты новые корпуса на базе бывших детских садов по ул. Молодежная, д. 80а (здесь открылось отделение восстановительного лечения № 2), затем по ул. Хохрякова, д. 73 (здесь разместилась консультативно-диагностическая поликлиника), головной офис разместился на ул. Академика Бардина, д. 9а (здесь находится администрация центра и отделение реконструктивной и пластической хирургии). В это же время полноценно заработало загородное отделение на территории Верхней Сысерти, а также на базе детской железнодорожной больницы по ул. Гражданской [1, с. 20–21].

В 1993 г. в Центре появился собственный Ученый совет, куда вошло 13 докторов и 17 кандидатов медицинских, психологических, педагогических и технических наук [1? с/ 21].

1990-е гг. были непростыми в жизни Центра, как и всей страны в целом.

Новый этап в развитии Центра начинается в 2000-е г. По инициативе Президента РФ В.В. Путина с 1 января 2006 г. в рамках реализации четырех национальных проектов был запущен проект «Здоровье», направленный на повышение качества оказания медицинской помощи [2]. Именно в это время начато строительство нового хирургического корпуса на ул. Академика Бардина, д. 9а.

В научно-практическом центре «БОНУМ» накоплен богатый опыт реализации системно-структурного подхода к пациенту и работы по программам индивидуальной реабилитации. Научно-практический центр – истинно российский феномен, родившийся в условиях жесткой необходимости концентрации

высокоспециализированного оборудования и профессиональных кадров в медицинском учреждении.

В два последние десятилетия Центр занимается научными исследованиями отработки авторских технологий и алгоритмов неотложной комплексной помощи с момента рождения у пациентов, имеющих ограничения здоровья. Вводится понятие «Системная медико-техническая интеграция», которое включает в себя системный подход при разрешении проблемных ситуаций.

Методология системной медико-технической интеграции строится на следующих принципах: целостность, завершенность процесса реабилитации на базе одного учреждения; комплексность воздействия; раннее вмешательство; этапность; непрерывность; эффективность. Интеграция всех видов поддержки на основе формирования специальной среды позволяет повысить качество оказания медицинских услуг. Способами такой интеграции являются: формирование интеллектуально-информационной среды; полный цикл моделирования; формирование кадрового потенциала. Надо отдать должное совместной работе над этим направлением профессору Сергею Людвиговичу Гольдштейну.

В декабре 2007 г. Центру «БОНУМ» был присвоен статус клинической больницы восстановительного лечения. В 2008 г. был запущен в эксплуатацию новый хирургический корпус. В этом же году произошло слияние с детской больницей восстановительного лечения «Особый ребенок», расположенной по адресу ул. Краснокамская, д. 36. Небольшое отделение на базе ОДКБ № 1 за считанные годы превратилось в крупное государственное медицинское учреждение, включавшее к 2008 г. уже 460 коек и обслуживающее амбулаторно до 150 тыс. пациентов в год. В центре работало 130 врачей и 180 медсестер [1, с. 20–21].

В 2010-е гг. начинается новый этап в развитии Центра. В 2011 г. открывается загородное отделение восстановительного лечения «Луч». В 2012 г. детская клиническая больница восстановительного лечения НПЦ «БОНУМ» разрабатывает концепцию переходного периода на 2013–2014 гг. с целью обеспечения устойчивого развития Центра, повышения качества оказания медицинской помощи детям с профильной патологией в условиях изменения финансирования государственных учреждений здравоохранения [1, с. 20–21].

В последние годы в программах реабилитации особое внимание уделяется таким качествам сотрудников-реабилитологов, как уровень общей культуры и

профессиональных притязаний, коммуникабельность, информационная осведомленность от которых во многом зависит эффективность и стабильность конечного результата – здоровье маленького пациента и счастье его семьи.

Основой комплексной помощи в НПЦ «БОНУМ» является уникальная многоцентровая модель. На сегодняшний день на базе Центра функционирует 12 областных детских учреждений. Главная цель их деятельности – восстановление коммуникативных способностей детей, так как это – основа социализации личности. Задача каждого врача – действительно помочь ребенку вернуться к нормальной жизни в социуме, успешно социализироваться и стать полноценной личностью. Данная модель, интегрирующая врача, пациента и его семью, обеспечивает возможность оказания комплексной помощи в одно время, в одном месте на принципах раннего вмешательства [1, с. 20–21].

Медицинский центр накопил за 30 лет значительный опыт по хирургическому и консервативному лечению детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП). И с уверенностью можно сказать, что операция — это лишь полдела (хотя и очень важная!). Значительную роль играет комплексный подход в реабилитации и социализации, развитии ребенка после хирургического вмешательства, который осуществляет междисциплинарная команда специалистов: психологи, логопеды, физиотерапевты, педагоги-дефектологи и другие специалисты. В совокупности комплексный подход, разработанный специалистами центра, позволил ликвидировать спецшколу на Урале для детей с ВЧЛП, так как они стали поступать в обычные учебные заведения и проходить обучение вместе со здоровыми сверстниками.

Центр растет и развивается постоянно. На сегодняшний день в Многопрофильном клиническом медицинском центре «БОНУМ» трудятся сотни сотрудников. Цель каждого врача, работающего в Центре – помощь детям с патологиями и их семьям в процессе реабилитации и их возвращения к полноценной жизни в социуме. На базе Центра было подготовлено значительное число докторских и кандидатских диссертационных исследований, позволивших совершенно по-новому взглянуть на сам процесс такой реабилитации и овладеть высокотехнологичными методами и техниками оказания помощи таким детям.

Весомый вклад в развитие Центра внесли: заслуженный врач РФ, врач-педиатр высшей категории Надежда Васильевна Пермьякова, врач-педиатр, организатор общественного здравоохранения Татьяна Николаевна Бобрович, врач-ортодонт,

кандидат медицинских наук Галина Владимировна Долгополова, врач-стоматолог Екатерина Александровна Эрих, заслуженный врач РФ Татьяна Федоровна Сабитова, руководитель социального блока Кирпа Ольга Васильевна, заслуженный врач РФ, челюстно-лицевой хирург Виссарионов Владимир Алексеевич, заслуженный врач РФ, челюстно-лицевой хирург Мамедов Адиль Аскерович, заслуженный врач РФ, челюстно-лицевой хирург Александр Георгиевич Леонов, кандидат педагогических наук, фonoпед Анна Владимировна Доросинская, кандидат педагогических наук, профессор Зоя Алексеевна Репина, врач-педиатр Елена Владимировна Шабалина, врач-хирург высшей категории Алексей Евгеньевич Ткаченко, доктор медицинских наук, врач-анестезиолог высшей категории Игорь Олегович Елькин, кандидат медицинских наук, врач-хирург высшей категории Илья Андреевич Диомидов и многие другие выдающиеся врачи, педагоги, психологи нашего края. Наши учителя: Булатовская Бронислава Яновна, Мальчикова Лилия Павловна, Кузнецова Наталья Сергеевна, Фомин Виталий Васильевич.

Слова благодарности мы хотим сказать организаторам здравоохранения: Лахова Екатерина Филипповна, Козьмена Клавдия Ивановна, Ковтун Ольга Петровна, Филиппова Галина Зиновьевна. Низкий поклон и благодарность Росселю Эдуарду Эдгардовичу за организацию строительства хирургического корпуса МКМЦ «БОНУМ», Власову Владимиру Алексеевичу.

Областной центр врожденной челюстно-лицевой патологии с момента основания в 1991 г. и до сегодняшнего времени является основной организационной формой по оказанию помощи детям до 18 лет с расщелинами верхней губы, нёба, сочетанной патологией, пороками развития лица, ушей (микротии, гемангиома и др.), последствиями ожогов.

Центр пользуется широкой известностью не только в Свердловской области, но и в других регионах России. Почти половина оперируемых детей проживает за пределами Свердловской области – в Поволжье, областях Уральского федерального округа, Сибири, на Дальнем Востоке, в ближнем зарубежье.

С момента основания в Центре получили помощь более 30 тысяч детей, ежегодно проводятся более 2000 хирургических операций в области головы, шеи, лица, челюстей.

Активно развиваются немедицинские формы сопровождения процесса оказания помощи детям с ВЧЛП. Участниками команды по оказанию помощи семье ребенка с

ВЧЛП становятся: социальный работник, психолог, коррекционный педагог. Социально-психолого-педагогическая служба стала площадкой для социокультурной адаптации, волонтерства и благотворительности. Формируется активная родительская позиция: родители – участники процесса реабилитации ребенка, а не потребители услуг.

Областной Центр ВЧЛП – главная база для проведения традиционной благотворительной акции «Лицом к лицу». За годы проведения такой акции более 5000 детей со всей России с врожденными патологиями лица, черепа, челюсти получили консультацию специалистов, более 800 детей получили хирургическое лечение, в том числе почти 200 детей-сирот, более 80 детей, оставшихся без попечения родителей, смогли вновь обрести семью благодаря медико-социальной реабилитации [1, с. 25].

Выводы

Сегодня Многопрофильный клинический медицинский центр «БОНУМ» – динамично развивающийся центр, который продолжает совершенствовать систему оказания комплексной помощи детям как Свердловской области, так и всей России, повышать эффективность оказания медико-социальной и психологической помощи, внедрять новые технологии в свою деятельность.

Список литературы:

1. Научно-практический центр «БОНУМ»: История становления и развития. 1991–2016 / Сост. С. И. Блохина, О. В. Кирпа, Т. Я. Ткаченко. – Екатеринбург: Автограф, 2016.
2. Национальный проект «Здоровье». Справка // РИА-Новости // [Электронный ресурс]: Режим доступа: URL: <https://ria.ru/20090512/170852739.html> (дата обращения: 18.09.2021 г.).