

ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

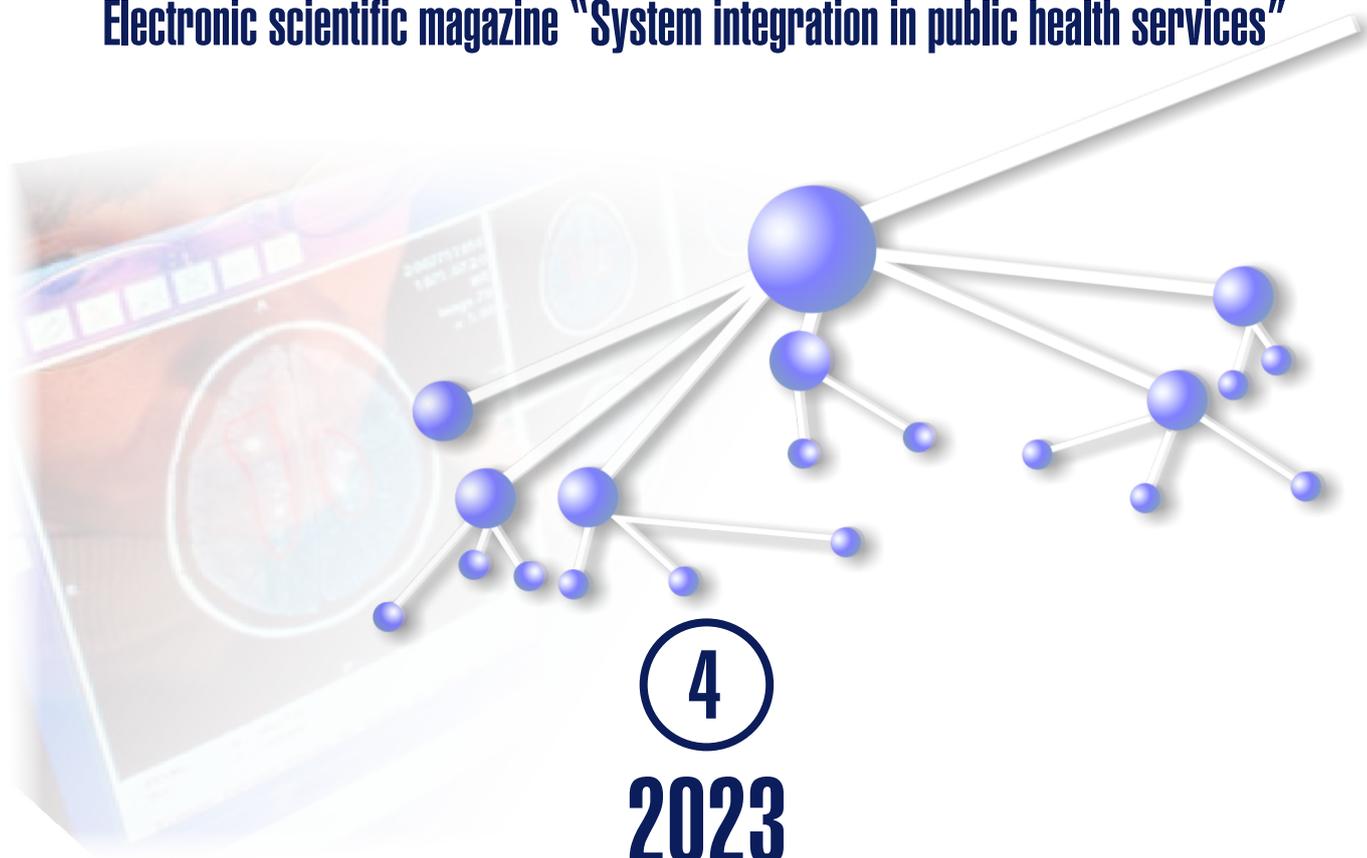
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



4

2023

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», 2023



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

№ 4 (61) 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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



Уважаемый читатель!

Перед вами очередной номер нашего журнала. На этот раз выпуск посвящен году педагога и наставника, который в 2023 г. был объявлен указом Президента Российской Федерации.

В целях развития системы научного наставничества для молодых ученых нами подготовлен специальный выпуск, посвященный работе педагогов в высшей школе. Большинство публикаций в этом сборнике подготовлены молодыми учеными и студентами совместно с их педагогами и наставниками. Благодаря такому подходу мы получаем единый трек профессионального роста молодого ученого от студента до доктора наук.

В ряде статей представлены лучшие преподавательские практики и современные подходы в обучении будущих медицинских специалистов (врачей, медицинских психологов, провизоров). Это позволяет привлечь внимание к проблемам цифровизации в образовании и медицине, психологического комфорта обучающихся медицинских вузов, преодоления стресса участниками образовательного процесса, коммуникации педагога и ученика, врача и пациента. Ряд работ посвящается вопросам истории медицины, так же представлен раздел «читальный зал», который знакомит с некоторыми аспектами мирового опыта в истории медицины.

Известное изречение «Учитель, научи ученика, чтоб было, у кого учиться» звучит актуально в год педагога и наставника. И во многих работах этого выпуска наши ученики проявили себя как талантливые исследователи, у которых нам, педагогам, тоже есть чему научиться.

Мы очень надеемся, что данный выпуск позволит глубже познакомиться с актуальными проблемами современных исследований в педагогике, психологии и медицине и вызовет интерес у различной аудитории читателей.

*Доктор психологических наук, профессор
академик Российской Академии Естественных Наук
Слободчиков Илья Михайлович*

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л., Набойченко Е.С., Борзунова Т.И.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ 5

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

Казанцева А.В., Краснова Е.В., Федорищева Д.И., Набойченко Е.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ СТРЕССА И СПОСОБНОСТИ К
САМООРГАНИЗАЦИИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ СТАРШЕЙ ШКОЛЫ 12

Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.

ЦЕННОСТИ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОФЕССИИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ
СВЕРДЛОВСКОГО ОБЛАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА 22

Слободчиков И.М.

СПЕЦИФИКА ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ... 36

Носкова М.В., Кондакова Ю.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И УРОВНЕМ СТРЕССА
У МОЛОДЕЖИ 43

Тихонова М.С., Тимофеев Е. С., Баранская Л.Т.

НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОБРАЗОМ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 52

Вершинина Т. С., Сайфетдинова Р.Р.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО
ВУЗА 63

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Курбет И.А., Пролиско А.И., Казанцева А.В.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 73

Елькин И.О.

ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В
АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ 82

Устинова Н.А.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ КУРС
ХИМИОТЕРАПИИ 93

Пономарева О. Н.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ.....108

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Устинов А.Л., Луковенков С.И.

ЭКСПЕРИМЕНТЫ ТАСКИГИ В США В 1932–1972 ГГ.: НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЙ И
НАУЧНЫЙ СМЫСЛ.....122

© Устинов А.Л., Набойченко Е.С., Борзунова Т.И.

УДК 93/94

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л.¹, Набойченко Е.С.¹, Борзунова Т.И.¹

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

Резюме. В статье рассматривается исторический аспект развития спортивной медицины. На примере нашей страны автор выделяет этапы формирования спортивной медицины, особенности ее развития, формулирует проблемы, с которыми спортивная медицина сталкивается сегодня. Так же предлагается путь решения данных проблем.

Ключевые слова: спортивная медицина, спорт, здоровый образ жизни, история, этапы развития.

FORMATION AND DEVELOPMENT OF SPORTS MEDICINE

Ustinov A.L.¹, Naboychenko E.S.¹

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 considers the historical aspect of the development of sports medicine. Using the example of our country, the author highlights the stages of the formation of sports medicine, the features of its development, formulates the problems that sports medicine faces today. A way to solve these problems is also proposed.

Keywords: sports medicine, sports, healthy lifestyle, history, stages of development.

Введение

Основная цель спортивной медицины — рациональное использование средств физической культуры и спорта для укрепления физического здоровья и профилактики заболеваний, повышение физической работоспособности человека. Сегодня эта проблема приобретает особую актуальность. Ведь несмотря на огромное количество методик, программ и ресурсов для укрепления здоровья и физической подготовки, население в целом никогда не вело на столько сидячий образ жизни, как сейчас.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения ожидаемая продолжительность жизни, например, в США снизилась впервые с 1993 года. Здоровье современных людей ухудшается, несмотря на высокое развитие медицинских технологий и активную пропаганду здорового образа жизни. Потребление фастфудов, сидячий образ жизни офисных работников, огромный жизненный темп сводят практически на нет все достижения спортивной медицины.

Почему так произошло, и как остановить данный процесс? Данный вопрос делает тему исследования весьма актуальной в современной науке.

Цель работы

Выявление основных этапов становления спортивной медицины в нашей стране и анализ тенденций, влияющих на ее развитие.

Материалы и методы

Методологической основой работы стали такие специально исторические методы, как историко-системный, проблемно-хронологический, идеографический, ретроспективный.

Литературной базой работы стали исследования по истории спортивной медицины Е. А. Колькиной [1], З. А. Карасаевой [2], В. И. Дубровского [3] и других исследователей. На основе анализа литературы выделяются основные этапы развития спортивной медицины, а также дается анализ перспектив ее развития в будущем.

Результаты и обсуждение

Родоначальницей спорта считается Древняя Греция. Одним из самых старых видов спорта считается таврокотапсия, которая пользовалась особой популярностью на о. Крит. Во время соревнований рабы хватались за рога быка, пытаясь перепрыгнуть через его спину. Поскольку бык считался у греков священным животным, то и соревнования с его участием приобретали религиозный оттенок. С появлением в Греции Олимпийских игр в 776 г. до н.э. эти представления стали неразрывной частью религиозного фестиваля. И каждый уважающий себя атлет принимал в них обязательное участие [1, с. 91].

Греческая культура в целом уделяла существенное внимание физическому совершенствованию человека и физическому воспитанию детей и воинов. Еще Гомер в «Иллиаде» поэтично описал спортивные схватки бегунов и борцов [2, с. 521].

Физическая культура и спорт всегда были и остаются весьма важными условиями укрепления физического здоровья человека, его воспитания, а также средством

профилактики заболеваний. Связь спорта и медицины можно проследить в трудах Гиппократ, Геродикуса, Галена, Авиценны, Парацельса и другие врачей древности и средневековья. Они рекомендовали физические упражнения, диеты, массажи, бани, климатолечение как средство профилактики очень многих заболеваний.

В Древнем Египте, Индии, Греции, Риме, Китае данные рекомендации применялись для подготовки кулачных бойцов, гладиаторов, воинов. Медицинский контроль осуществляли лучшие врачи. В Греции в период Олимпийских игр медики особенно тщательно следили за подготовкой атлетов.

В России, начиная со времен Петра I стала проводиться целенаправленная физическая подготовка солдат и моряков. Доктора принимали активное участие в разработке и внедрении в практику санитарных норм и норм гигиены, закаливания и других способов физической культуры [3, с. 8].

В развитии отечественной спортивной медицины дореволюционного периода выделяют особо труды П. Ф. Лесгафта (1837–1909) «Отношение анатомии к физическому воспитанию и главные задачи физического образования в школе» и «Руководство по физическому образованию детей школьного возраста». Его ученик В. В. Гориневский (1857–1937) предложил комплексную, унифицированную программу кафедры врачебного контроля. В 1925 г. он совместно с Г. К. Бирзиным выпустил первое пособие по врачебному контролю. Первый учебник для студентов-медиков — «Руководство по физической культуре и врачебному контролю» — был написан им же совместно с дочерью, В. В. Гориневской в 1935 г. Б. А. Ивановский (1890–1941) написал «Руководство по врачебному контролю», которое до сих пор пользуется успехом у студентов и врачей [3, с. 8–9].

В развитии советской спортивной медицины принято выделять следующие этапы:

1. 1918–1929 гг. — зарождение и становление спортивной медицины. В это время появляются первые антропометрические кабинеты, физкультурные врачи.

2. 1930–1941 гг. — развитие службы и сети учреждений по медицинскому обеспечению спортивного движения, формирование общих теоретических и научных основ медицины спорта и внедрение их в практику.

3. 1941–1945 гг. — участие врачей физкультуры в лечении и восстановлении здоровья раненых бойцов и офицеров во время Великой Отечественной войны.

4. 1945–1965 гг. — восстановление службы и сети медицинских учреждений (кафедр, лабораторий и т.д.).

5. 1966–1981 гг. — качественно новый уровень практической работы и научных исследований в медицине спорта, формирование новых направлений.

6. С 1981 г. — этап формирования массовости физической культуры и спорта, развития науки [4, с. 3].

20-40-е годы XX в. были для нашей страны временем становления и развития врачебного контроля как научно-практической медицинской дисциплины. Создание обязательного общедоступного врачебного контроля для всех, кто занимается спортом, и подтвержденного врачом допуска к спортивным занятиям и состязаниям, открытие кабинетов врачебного контроля (первое время они назывались антропометрическими), введение специализации врача-специалиста по физической культуре, создание научно-исследовательских институтов физической культуры и спорта с отделами врачебного контроля, кафедр в медицинских и физкультурных учреждениях – вот основные составляющие этого этапа [5, с. 12].

После Великой Отечественной войны в СССР начался период восстановления и непрерывного развития медицинского контроля и лечебной физкультуры. Этому в существенной мере способствовал приток молодых кадров, в основном врачей и медицинских работников, прошедших суровую школу войны, умеющих много и плодотворно работать.

К концу 1940-х гг. медицинский контроль оформился как государственная система обеспечения физической культуры и спорта. Возрастающее социальное значение спорта, вовлечение в него большей части молодежи, рост объема и интенсивности нагрузок и напряжения соревнований, вступление СССР в международное олимпийское движение и подготовка к участию советских спортсменов в олимпийских играх вынудили заняться поиском новых, более эффективных форм медицинского обеспечения спорта.

Конец 1950-х – 1970-е гг. стали периодом расцвета советской спортивной медицины. Она окончательно оформилась как самостоятельное направление медицины со своими задачами, методами и организацией [5, с. 14].

В начале 1970-х гг. было сформировано научно-практическое объединение для работы с ведущими спортсменами, которое объединило лабораторию медицинских проблем высшего спортивного мастерства ВНИИФКа, Московский врачебно-физкультурный диспансер № 2 и врачей-тренеров сборных команд страны. Существенно увеличилась база и возможность научных исследований.

Лаборатория врачебного контроля ВНИИФКа превратилась в крупнейший отдел спортивной медицины с четырьмя профильными лабораториями: врачебного контроля в спорте, возрастных проблем и массовой физической культуры, функциональной диагностики и клинической биохимии. В дальнейшем в лаборатории врачебного контроля появились новые подразделения – проблем восстановления, фармакологии и допинг-контроля. Были расширены и медицинские подразделения Ленинградского НИИ физической культуры [5, с. 14–15].

Однако серьезные перемены, которые претерпела наша страна в конце 1980-х - начале 1990-х годов – финансово-экономический кризис, распад СССР, профессионализация спорта высших достижений, прекращение деятельности отделов спортивной медицины научно-исследовательских институтов, групп и лабораторий медицинских проблем спорта в отдельных институтах Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук, ликвидация Научного совета по медицинским проблемам при президиуме Академии медицинских наук, разрыв множества международных связей и утеря позиций России в международных медико-спортивных организациях, многократные попытки реорганизовать врачебно-физкультурные диспансеры – привели к тому, что уровень развития спортивной медицинской науки существенно снизился. И все-таки в этих не простых условиях отечественные энтузиасты спортивной медицины и лечебной физкультуры, как бывалые, так и молодые специалисты, продолжают активную работу с целью сохранить и развить свою профессию.

В последнее время начали функционировать Российский федеральный центр по спортивной медицине и лечебной физкультуре, руководящий научно-практической работой в этой области, и секция в Ученом совете Минздрава России. Ожидается, что связь в деятельности общественных организаций будет возрастать. Возобновлено членство Федерации спортивной медицины России в Международной федерации спортивной медицины [5, с. 15–16].

Важно отметить, что XX в. характеризуется подъемом специализированных, конкурентоспособных видов спорта, а также появлением хорошо организованного и процветающего рынка и индустрии физической культуры [6, с. 269]. В нашей стране это происходит несколько позднее, чем в Европе, но такая тенденция тоже наблюдается. В целом после распада СССР в 1991 г. начинается совершенно новый этап истории развития спорта и спортивной медицины в нашей стране [7, с. 6].

Решение возникших проблем прежде всего потребует:

1. Расширения сети учреждений, поддерживающих спортивную медицину;
2. Увеличения финансирования спортивных учреждений;
3. Расширения пропаганды здорового образа жизни.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Зарождение спортивной медицины происходит вместе с рождением спорта, и его родоначальником считается Древняя Греция. Первыми спортсменами были рабы, что определяет особое отношение к спортивной медицине: если раб-спортсмен утрачивал способность к активны физическим нагрузкам, то и к нему интерес быстро пропадал. Вместе с тем олимпийские игры придавали спорту сакральный характер, что делает спортивную медицину одной из значимых областей знания;

2. В дореволюционный период в нашей стране зарождаются зачатки спортивной медицины. Научную основу под формирование спортивной медицины заложили труды П. Ф. Лесгафта, а его ученики сформировали основу советской модели спортивной медицины.

3. Советская спортивная медицина проходит в своем развитии ряд этапов и достигает своего расцвета к 1970-м гг. Охват спортом и лечебной физкультурой стал настолько большим, что можно говорить о массовом, всеобщем спортивном образовании в СССР и как следствие развития разветвленной сети спортивной медицины. Этим и объясняется колоссальный успех советских спортсменов на международных соревнованиях.

4. На современном этапе спортивная медицина переживает непростые времена. Распад СССР, вызвавший разрушение исторически сложившихся связей, острый социально-экономический кризис, вызвавший серьезные реорганизации целой системы спортивных и медицинских учреждений, не могли пройти бесследно. Однако пусть с более низкого «старта», но спортивная медицина активно развивается и сегодня, и намечаются серьезные тенденции ее прогресса в будущем.

Список литературы

1. Колькина Е. А., Фоменко Е. Г., Новоселова Г. А. Развитие физической культуры и спорта: Исторический аспект // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 1(61). – С. – 91–94.

2. Карасаева З. А. История развития спортивной медицины // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2018. – Т. 8. – № 10. – С. 521.
3. Дубровский В. И. Спортивная медицина. — 2-е изд., доп. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — 512 с.
4. Лекции по спортивной медицине. – 334 с. // [Электронный ресурс]: Режим доступа:
<http://elib.sportedu.by/bitstream/handle/123456789/3864/Лекции%20по%20спортивной%20медицине.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (дата обращения: 30.04.2023 г.).
5. Макарова Г. А. Спортивная медицина. – М.: Советский спорт, 2003. – 480 с.
6. Пичугин М. Б. Дюсенов Б. Б. История развития физической культуры // Молодой ученый. — 2022. — № 14 (409). — Ч. 4. — С. 267–271.
7. История возникновения спорта. – 6 с. // [Электронный ресурс]: Режим доступа:
<https://nsportal.ru/detskiy-sad/zdorovyy-obraz-zhizni/2020/12/07/statya-istoriya-vozniknoveniya-sporta> (дата обращения: 30.04.2023 г.).

© Казанцева А.В., Краснова Е.В., Федорищева Д.И., Набойченко Е.С.

УДК 159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ СТРЕССА И СПОСОБНОСТИ К САМООРГАНИЗАЦИИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ СТАРШЕЙ ШКОЛЫ

Казанцева А.В.¹, Краснова Е.В.¹, Федорищева Д.И.¹, Набойченко Е.С.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Резюме. Исследования показали, что академическая нагрузка — один из основных источников стресса у старшеклассников, а способность к самоорганизации деятельности — один из критериев психического благополучия. Проведен социологический опрос 202 учеников 9–11 классов с использованием шкал PSM-25 Лемура — Тесье — Филлиона в русской адаптации Н. Е. Водопьяновой (оценка феноменологической структуры переживаний стресса), а также методики оценки самоорганизации деятельности и психодиагностика управления временем. Оценка статистической значимости различий производилась с помощью критерия χ^2 Пирсона (четырёхпольная таблица). В ходе оценки анкет по критериям уровня стресса выявлено 52 % учеников с низким уровнем стресса, 48 % — со средним и высоким. Общий суммарный балл по методике оценки самоорганизации за пределами нормы в группе учеников с низким уровнем стресса выявлен у 52,4 %; со средним и высоким — у 52,6 %. При проведении статистической обработки не выявлено статистически значимых различий между исследуемыми группами. Таким образом, видно, что самоорганизация не влияет на уровень стресса. Для того чтобы ученики справлялись со стрессом эффективнее, необходим комплексный подход. Социальная поддержка, физическая активность и развитие навыков управления временем помогают ученикам снизить уровень стресса.

Ключевые слова: стресс, школьники, самоорганизация, психическое благополучие.

STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS LEVELS AND SELF- ORGANIZATION ABILITIES

Kazantseva A.V.¹, Krasnova E.V.¹, Fedorischeva D.I.¹, Naboychenko E.S.¹

Ural State Medical University Ekaterinburg, Russian Federation

Summary. Studies have shown that academic workload is one of the main sources of stress in high school students, as well as the ability to self-organize activities due to their mental state. A sociological survey was conducted of 202 students in grades 9–11 using the Lemur — Tesier — Fillion PSM-25 scale (assessing the phenomenological structure of stress experiences) and the scale «Methodology for assessing self-organization of activities. Psychodiagnostics of time management». The significance of differences was assessed using the Chi-square (χ^2). As a result of assessing questionnaires according to stress level criteria, 52% of students with low stress levels were identified, 48% with average and high stress levels. The overall total score according to the method of assessing self-organization beyond the norm in the group of students with a low level of stress was found in 52.4%; with medium and high levels - 52.6%. When carrying out statistical processing, no statistically significant differences were revealed between the study groups. Thus, it is clear that self-organization does not affect the level of stress. In order for students to cope with stress more effectively, a comprehensive approach is necessary. Social support, physical activity, and time management skills can help students reduce stress.

Keywords: stress, schoolchildren, self-organization, mental well-being.

Введение

Стресс — это состояние организма, возникающее в ответ на действие внешних и внутренних раздражителей, угрожающих гомеостазу, и характеризующееся мобилизацией неспецифических приспособительных реакций для обеспечения адаптации к действующему фактору [1]. Раздражители вызывают перегрузку организма человека и нарушают или потенциально угрожают постоянству внутренней среды. В статье рассмотрено психоэмоциональное напряжение, которое возникает вследствие изменения активности высшей нервной деятельности. Психоэмоциональное напряжение может вызвать информационный стресс, в основе которого лежит получение и осмысление большого объема информации. Часто ситуация становится хуже из-за дефицита времени. Именно этот вариант стресса возникает у учеников старшей школы в связи с подготовкой к экзаменам и предстоящим выбором будущей профессии [2].

Исследования показали, что академическая нагрузка является одним из основных источников стресса у старшеклассников. Такое давление возникает из-за избытка домашних заданий, сниженной успеваемости, подготовки к контрольным работам и

экзаменам, отсутствия интереса к конкретному предмету, плохих взаимоотношений с преподавателем. Все это приводит к неуверенности подростков в постановке будущих целей, связанных с выбором направления в высших учебных заведениях [3].

Самоорганизация — способность людей направлять свои действия к поставленным целям, которая стимулируется личной мотивацией и помогает людям приспособляться к требованиям общества и окружающей среды. Самоорганизация делится на стадии: самоконтроль, постановка и достижение целей, чувство собственной важности, самоэффективность [4]. В педагогической практике можно заметить, что ученики находят в оценках большую мотивацию. В то же время педагоги сталкиваются с учениками, которые не любят учиться и не мотивированы на учебу [4]. Конечно, есть те, кому интересно узнавать что-то новое и у которых есть внутренняя мотивация, когда дело доходит до обучения [4]. Всех этих учеников объединяет одно — они могут улучшить свои академические результаты, если повысят свои навыки самоорганизации [4].

Цель работы

Выявить влияние самоорганизации на уровень стресса среди учеников старших классов и предложить мероприятия для снижения уровня стресса.

Материалы и методы

Базой исследования послужили две гимназии Екатеринбурга. Для участия в исследовании выбрано 202 учащихся в 9–11 классах, которые были разделены на две группы: 1) ученики с низким уровнем стресса; 2) ученики со средним и высоким уровнями стресса. Для оценки уровня стресса использовалась шкала PSM-25 Лемура — Тесье — Филлиона в адаптации Н. Е. Водопьяновой, включающая в себя 25 вопросов. Оценка проводится с помощью 8-балльной шкалы, где 8 — «постоянно», а 1 — «никогда» [5].

Рассчитана сумма баллов, полученная в ходе опроса для каждого ученика. Результат больше 155 баллов (высокий уровень стресса) свидетельствует о состоянии дезадаптации и психического дискомфорта. Результат в интервале 100–155 баллов — средний уровень стресса. Низкий уровень стресса (меньше 99 баллов) свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам [5].

Также использована методика оценки самоорганизации деятельности и психодиагностики управления временем, которая направлена на диагностику навыков тактического планирования и стратегического целеполагания, особенностей

структурирования самоорганизации деятельности. Эффективный тайм-менеджмент, согласно предлагаемой методике, складывается следующим образом [6]:

| составляющая | диапазон нормальных значений |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| планомерность | 14–24 |
| целеустремленность | 26–38 |
| настойчивость | 15–25 |
| фиксация на структурировании деятельности | 15–25 |
| структурирование повседневности | 5–15 |
| ориентация на настоящее | 6–10 |

В методике используется 25 вопросов. Оценивается по 7-бальной системе, где 7 — «полное согласие», 1 — «полное несогласие». По каждому фактору суммируются результаты входящих в него пунктов [5].

Рассчитаны средние величины: общая сумма баллов и сумма баллов по каждому отдельному фактору, полученные в ходе опроса для каждого ученика. Данные использованы для сравнения двух групп.

Оценка статистической значимости производилась с помощью критерия χ^2 Пирсона (четырёхпольная таблица). Сравнение производилось между показателями самоорганизации и уровнями стресса. Различия оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В результате оценки анкет по критериям уровня стресса выявлено 52 % учеников (105 человек) с низким уровнем стресса, 48 % (97 человек) — со средним и высоким уровнями стресса (табл. 1).

Среди учеников с низким уровнем стресса значения показателей позволяют сделать следующие выводы:

- целеустремленность — 23,8 % чересчур целеустремленная и сильно зациклена на своих целях, 30,5 % не всегда может четко сформулировать свои цели (табл. 1);
- настойчивость — большинство учеников (59,1 %) организовано и структурировано, способно на волевые усилия, умеет правильно расставлять приоритеты (рис. 1);

-фиксация — большинство учеников (51,4 %; 10,5 % — испытывают трудности в междисциплинарных направлениях, 40,9 % — легко переключаются на новые виды деятельности) может восприниматься недостаточно обязательными и последовательными (табл. 1);

-структурирование повседневности и планомерность — большая часть учеников (61,9 % и 50,5 % соответственно) при распределении своего времени на учебу и личную жизнь используют планеры и ежедневники, в которые заранее записывают свой распорядок дня (рисунок);

-ориентация на настоящее — 20,9 % зафиксированы на происходящем в настоящий момент времени, а 29,5 % склонны задумываться над своим психологическим прошлым или будущим (табл. 1) [7].

Ученики из этой группы ориентированы в своей деятельности на профессиональный подход к обучению. Такие ученики способны равномерно распределить планы на день с помощью использования планеров, грамотно оформляя их.

В группе учеников со средним и высоким уровнями стресса общий суммарный балл по методике оценки самоорганизации составил у 47,4% учеников (46 человек) в пределах нормы, у 52,6 % (51 человек) — за пределами нормы (из них 13,4% набрали менее 92 баллов, что является результатом ниже нормы, а 39,2% набрали более 136 баллов, что является результатом выше нормы) (табл. 1).

Значение показателя «Планомерность» среди учеников со средним и высоким уровнями стресса, где большая часть учеников (55,7%) набрали патологические значения, из которых 20,6% учеников испытывают трудность с незапланированными делами, а 35,1% не справляются с составлением плана своего ближайшего будущего. Показатель «Целеустремленность» свидетельствует о том, что 61,8% имеют патологические значения исходя из методики самоорганизации. Из них 27,8% сильно заиклены на своих целях, а 34,0% не всегда может четко сформулировать свои цели (табл. 1).

Показатель «Настойчивость» среди учеников со средним и высоким уровнями стресса свидетельствуют о том, что в этой группе большая часть учеников (57,7%) имеют патологические значения, из которых 46,4% не готовы прилагать усилия и работать над собой. Они неусидчивы, легкомысленно подходят к выполнению своих обязанностей, испытывают трудности с завершением серьезных и монотонных задач, требующих концентрации внимания. При этом 11,3% не думают ни о чем, кроме своих

личных потребностей, они готовы пойти на все, не учитывая чувства других людей (табл.).

Показатель «Фиксация» свидетельствует о том, что большинство учеников (60,8 %) умеет подстраиваться под условия окружающей среды. Результаты по показателю «Структурирование повседневности» говорят, что в этой группе 52,6 % учеников при распределении своего времени на учебу и личную жизнь используют планеры и ежедневники.

Показатель «Ориентация на настоящее» свидетельствует о том, что 27,8 % учеников переживают за настоящее, 28,9 % останавливаются на переживании своего прошлого и боятся будущего, что мешает им концентрироваться на происходящем (табл. 1).

Ученики со средним и высоким уровнями стресса не готовы прилагать усилия для достижения своих целей, им сложно довести начатое дело до конца. Таким образом, можно сказать, что в представленной выборке психическое благополучие в полной мере отражает способность учеников к обучению, т. к. они не могут сфокусироваться на одной цели.

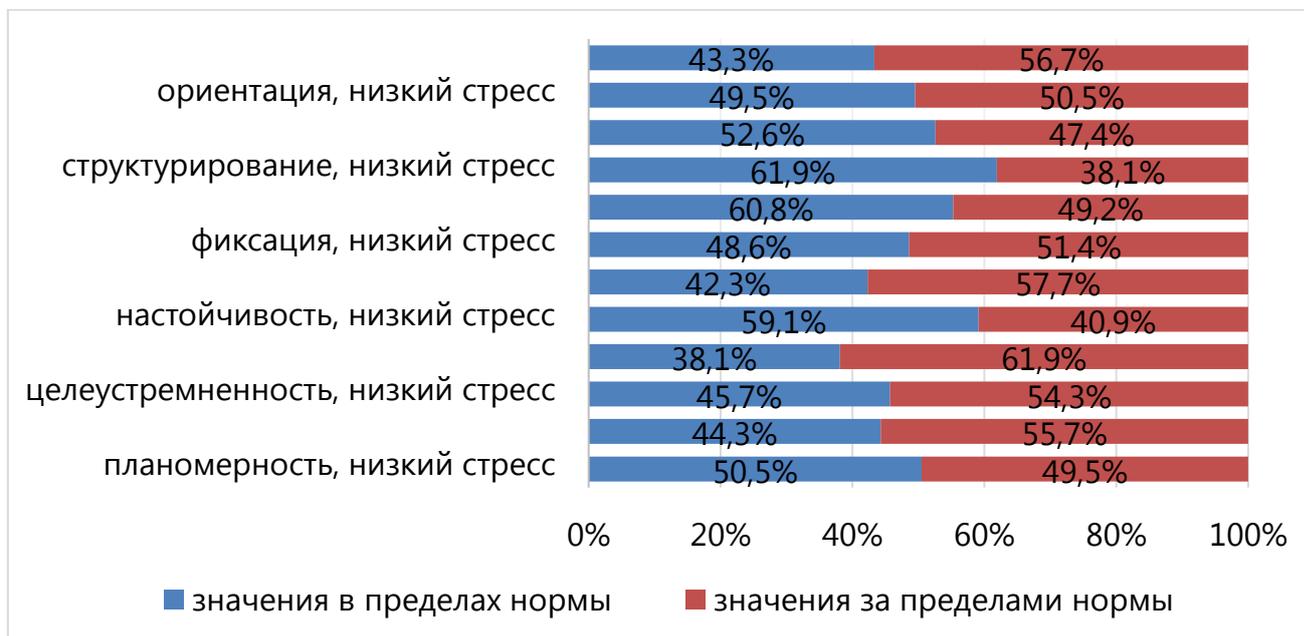


Рис 1. Вклад факторов, входящих в общий показатель методики оценки самоорганизации, в сравнении групп с низким и высоким уровнем стресса

Результаты оценки по шкалам PSM-25 Лемура — Тесье — Филлиона (оценка феноменологической структуры переживаний стресса), а также методики оценки самоорганизации деятельности и психодиагностики управления временем

| Критерий теста оценки самоорганизации | Низкий уровень стресса | | | | | | Средний и высокий уровни стресса | | | | | | χ^2 | Уровень значимости, p |
|---------------------------------------------|------------------------|------|---------------|------|------------------------|------|----------------------------------|------|---------------|------|------------------------|------|----------|-------------------------------|
| | Отклонение от нормы | | | | В пределах нормы | | Отклонение от нормы | | | | В пределах нормы | | | |
| | Ниже нормы | | Выше нормы | | | | Ниже нормы | | Выше нормы | | | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | | |
| Общий показатель | 43 | 41,0 | 12 | 11,4 | 50 | 47,6 | 13 | 13,4 | 38 | 39,2 | 46 | 47,4 | 0,001 | 0,978 |
| Планомерность | 40 | 38,1 | 12 | 11,4 | 53 | 50,5 | 34 | 35,1 | 20 | 20,6 | 43 | 44,3 | 0,764 | 0,383 |
| Целеустремленность | 32 | 30,5 | 25 | 23,8 | 48 | 45,7 | 33 | 34,0 | 27 | 27,8 | 37 | 38,2 | 1,185 | 0,277 |
| Настойчивость | 13 | 12,4 | 30 | 28,6 | 62 | 59,0 | 45 | 46,4 | 11 | 11,3 | 41 | 42,3 | 5,681 | 0,018 |
| Фиксация | 43 | 40,9 | 11 | 10,5 | 51 | 48,6 | 13 | 13,4 | 25 | 25,8 | 59 | 60,8 | 3,052 | 0,081 |
| Структурирование | 36 | 34,3 | 4 | 3,8 | 65 | 61,9 | 30 | 30,9 | 16 | 16,5 | 51 | 52,6 | 1,794 | 0,181 |
| Ориентация на настоящее | 31 | 29,5 | 22 | 21,0 | 52 | 49,5 | 28 | 28,9 | 27 | 27,8 | 42 | 43,3 | 0,785 | 0,376 |

На основании проанализированных данных, можно сделать вывод, что составляющие самоорганизации, такие как настойчивость, структурирование, планомерность и ориентация на настоящее не влияют на уровень стресса. Однако среди исследуемой группы у каждого второго выявлен высокий и средний уровень стресса, что должно насторожить родителей и педагогов.

Такие показатели, как «Целеустремленность», «Фиксация», «Структурирование», «Планомерность» и «Ориентация на настоящее», оказали слабое влияние на психическое состояние учеников в рассматриваемой выборке.

Отмечается тенденция к повышению уровня стресса при патологических значениях показателя «Настойчивость» у большей части учеников. В группе с низким уровнем стресса отклонение от нормы составило 40,9 %, со средним и высоким — 57,7 %. Это может быть связано с тем, что им сложно доводить начатое дело до конца из-за склонности к отвлечению на посторонние дела.

При проведении обработки результатов исследования статистически значимых различий не выявлено. Это может быть связано с тем, что на уровень стресса влияют множество факторов, помимо способности к самоорганизации. Способность справляться со стрессом зависит от личностных качеств самого ученика, например, таких как реактивность к стрессорам окружающей среды.

При работе с подростками с высоким уровнем стресса следует обратить внимание на их индивидуальные особенности. Ученики старшей школы не любят, когда им указывают. В процессе обучения подростки могут теряться в потоке информации, из-за этого мотивация и желание учиться постепенно пропадают. В связи с этим педагогу следует научить подростков ставить краткосрочные цели. Также учитель должен построить образовательный процесс таким образом, чтобы ученики имели возможность самостоятельно менять и улучшать окружающие их условия [8].

Значительная распространенность стресса среди старшеклассников наряду с встречающимися пробелами в навыках самоорганизации должны быть учтены как педагогами при организации обучения и классных часов, так и родителями. Внедрение в программы обучения элементов методик тайм-менеджмента, в т. ч. в игровых формах, позволит подросткам научиться планировать свою деятельность [9]. Для учеников с высоким уровнем стресса необходимо организовать индивидуальные консультации школьного психолога, чтобы создать благоприятные условия для обучения.

Также на уровень стресса влияет обстановка внутри семьи, так как ребенок испытывает давление не только от школьной нагрузки, но и от непонимания родителей. В таких случаях необходима консультация семейного психолога, который поможет наладить отношения в семье и научиться понимать и поддерживать друг друга [10].

Выводы

Большинство учеников показали низкие баллы по оценке уровня стресса, но это не значит, что школьники не подвержены стрессу, о чем свидетельствуют результаты в группе со средним и высоким уровнем стресса. Таким детям необходима помощь, чтобы предотвратить серьезные последствия длительного стресса.

Чтобы ученики справлялись со стрессом более эффективно, нужен комплексный подход. Социальная поддержка имеет значение для снижения стресса учеников. Когда школьники имеют поддержку своих друзей, семьи и учителей, они чувствуют себя более уверенно и способными справиться с трудностями. Кроме того, физическая активность также может оказывать положительное влияние на уровень стресса. Регулярные физические упражнения помогают ученикам расслабиться, снять напряжение и улучшить настроение. Это связано с высвобождением эндорфинов, которые являются естественными антидепрессантами. Помимо этого, развитие навыков управления временем и стратегий преодоления стресса может быть важным компонентом комплексного подхода. Ученикам следует учиться эффективно планировать свое время, устанавливать приоритеты и находить способы справиться с повседневными вызовами.

Список источников

1. Гуцол Л.О., Гузовская Е.В., Серебrenникова С.Н., Семинский И.Ж. Стресс (общий адаптационный синдром): лекция. // Байкальский медицинский журнал. - 2022. - Т. 1, №1. - С. 72.
2. Korzan W.J., Summers C.H. Evolution of stress responses refine mechanisms of social rank. // *Neurobiology of Stress*. - 2021. - №14. - С. 1-19.
3. Carraig C.J., Villanueva V.K., Masangcay J.H. Self-Regulation, Leadership and Level of Stress among Senior High School Students. // *Asia Pacific Journal of Education, Arts and Sciences*. . - 2020. - Т. 7, №2. - С. 40-46.

4. Matric M. Self-regulatory systems: Self-regulation and learning. // (JPMNT) Journal of Process Management – New Technologies, International. - 2018. - Т. 6, №4. - С. 79-84.
5. Сурмач Е.И., Дорощик А.А., Сурмач Е.М. Особенности диагностики уровня стресса у студентов высших учебных заведений. // Проблемы здоровья и экологии. - 2016. - Т. 5, №8. - С. 42-43.
6. Мандрикова Е.Ю. Опросник самоорганизации деятельности. // Психологическая диагностика. - 2010. - № 2. - С. 96-106.
7. Калинкина П.А. Учебный стресс школьников старших классов. // Вестник науки. - 2022. - Т. 1, № 12. - С. 324-331.
8. García-Moya I., Díez M., Paniagua C. Stress of school performance among secondary students: The role of classroom goal structures and teacher support. // Journal of School Psychology. - 2023. - №99. - С. 1-11.
9. Can Y.S., Iles-Smith H., Chalabianloo N., Ekiz D., Fernández-Alvarez J., Repetto C., Riva G., Ersoy C. How to Relax in Stressful Situations: A Smart Stress Reduction System. // Healthcare (Basel). - 2020. - Т. 8, №2. - С. 1-19.
10. Peng S., Peng R., Lei H., Liu W. Family functioning and problematic behavior among secondary vocational school students: The mediating role of hope and the moderating role of perceived social support. // Personality and Individual Differences. - 2023. - №207. - С. 112-156.

© Набойченко Е.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.

УДК 316.752

ЦЕННОСТИ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОФЕССИИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ СВЕРДЛОВСКОГО ОБЛАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Набойченко Е.С.¹, Кузьмин К.В.², Петрова Л.Е.³, Харченко В.С.⁴

¹ *Министерство здравоохранения Свердловской области, Российская Федерация,
г. Екатеринбург*

² *ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», Российская
Федерация, г. Екатеринбург*

³ *МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства (институт)»,
Российская Федерация, г. Екатеринбург*

⁴ *ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени Первого президента
России Б.Н. Ельцина», Российская Федерация, г. Екатеринбург*

Резюме. В статье представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного в Свердловском областном медицинском колледже и посвященного проблемам выбора молодыми людьми будущей профессии в связи с их представлениями об ее ценности и содержании. Ведущую роль играют ценности, определяющие внутренние и внешние содержательные компоненты медицинской профессии (человеколюбие, гуманизм, принесение пользы, применение полученных навыков и умений, ответственность и самостоятельность). Важными для студентов являются прагматические мотивы (обретение гарантии стабильной занятости). В то же время студенты не в достаточной мере воспринимают будущую профессиональную деятельность с позиций коммуникативной ценностной составляющей, ориентированной на вербальное взаимодействие с пациентами и их социальным окружением.

Ключевые слова: ценности и содержание медицинской профессии, Свердловский областной медицинский колледж, подготовка специалистов среднего звена.

VALUES AND CONTENT OF THE PROFESSION IN THE VIEWS OF STUDENTS OF SVERDLOVSK REGIONAL MEDICAL COLLEGE

Naboychenko E.S.¹, Kuzmin K.V.², Petrova L.E.³, Kharchenko V.S.⁴

¹ Ministry of Health of the Sverdlovsk Region, Russian Federation, Yekaterinburg

² Sverdlovsk Regional Medical College, Russian Federation, Yekaterinburg

³ Yekaterinburg Academy of Modern Art (Institute), Russian Federation, Yekaterinburg

⁴ Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Russian Federation, Yekaterinburg

Summary. The article presents the results of an applied sociological study conducted at the Sverdlovsk Regional Medical College and devoted to the problems of young people choosing a future profession in connection with their ideas about its value and content. The leading role is played by the values that determine the internal and external content components of the medical profession (philanthropy, humanism, benefit, application of acquired skills and abilities, responsibility and independence). Pragmatic motives (gaining a guarantee of stable employment) are important for students. At the same time, students do not sufficiently perceive their future professional activities from the standpoint of the communicative value component, focused on verbal interaction with patients and their social environment.

Keywords: values and content of the medical profession, Sverdlovsk Regional Medical College, training of mid-level specialists.

Введение

При выборе профессии каждый молодой человек, находящийся на подступах к взрослой самостоятельной жизни, как правило, учитывает не только свои реальные (либо воображаемые) способности и интересы, но и ориентируется на те социально или индивидуально-значимые ценности, которые определяют сущностное содержание той либо иной конкретной профессиональной деятельности. В особой мере это касается тех профессий, которые основаны на межличностном взаимодействии (типа «человек-человек»), и к ним могут быть отнесены профессии врачей и средних медицинских работников, учителей и преподавателей.

Ценности медицинской профессии могут отражать как внутреннюю (ответственность, творческая составляющая, возможность обретения профессиональных умений и навыков), так и внешнюю привлекательность (ее имидж, социальная значимость, возможности сделать карьеру). Ценности и содержание профессиональной деятельности могут быть сконструированы на основе прагматических соображений о предполагаемой выгоде, которую можно будет

употребить себе во благо (финансовая независимость, опыт, стабильная занятость); на основе личных мотивов и прошлых переживаний (например, трагических событий в семье), а также под влиянием советов и рекомендаций внешнего окружения (семья, родственники, друзья, средства массовой информации).

Как бы то ни было, понятие «ценности профессии» отражает индивидуальные представления о неких объективных, выработанных в процессе практики принципах, требованиях и идеалах, на основе которых должна осуществляться будущая, сконструированная личностью, профессиональная деятельность [1]. Без сомнения, такие конструкции могут оказаться в конечном итоге иллюзорными, и тогда при столкновении с реальностью человек столкнется с неизбежным разочарованием и личностно-профессиональным кризисом.

В целом, проблематика ценностей, определяющих содержание медицинской профессии, широко представлена в современной литературе, в частности, в ключе соотнесения общечеловеческих ценностей сострадания и милосердия и профессиональных знаний и навыков медицинского работника [2], внедрения механизмов стандартизации в оказании медицинской помощи [3], морально-этических требований, предъявляемых к профессии, и принципов и норм медицинской деятельности [4]; желания помогать и приносить пользу людям, спасая их жизни, и мотивов выбора профессии [5], личностных смыслов, вкладываемых в профессиональную деятельность, и вопросов эмоционального выгорания, порождаемых ее противоречивостью [6; 7], влияния семейных традиций на выбор профессии [8]. Большой блок исследований посвящен также вопросам изучения ценностных оснований и ориентаций в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала [9; 10; 11].

Цель работы

Анализ представлений студентов, обучающихся в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Свердловский областной медицинский колледж» (ГБПОУ «СОМК»), о ценностях и содержании выбранной ими профессии.

Материалы и методы

Использованы материалы прикладного социологического исследования на тему «Социально-психологическая мотивация выбора медицинской профессии и оценка условий подготовки специалистов среднего звена в Свердловском областном

медицинском колледже», проведенного весной 2023 г. Всего было опрошено 2358 студентов, обучающихся по 9 специальностям («Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Медицинская оптика», «Медицинский массаж», «Ортопедическая стоматология», «Сестринское дело», «Фармация») в Екатеринбурге (головное учреждение ГБПОУ «СОМК» и фармацевтический филиал) и 11 филиалах, расположенных в крупных, средних и малых городах Свердловской области. Опрос был проведен посредством размещения активной ссылки на онлайн-анкету в чатах студенческих академических групп их кураторами. Ошибка выборки с 95-процентной вероятностью составила 1,84%. Методы анализа данных: одномерный, двумерный и сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение

Представления о ценностях и содержании медицинской профессии проанализированы на основе согласия или несогласия студентов с утверждениями, отражающими ту либо иную специфику работы среднего медицинского персонала в системе здравоохранения.

Данные утверждения были сгруппированы по 5 блокам: 1) Внутренняя привлекательность профессии; 2) Внешняя привлекательность профессии; 3) Прагматический выбор профессии; 4) Влияние личных мотивов и прошлых переживаний; 5) Влияние семейных традиций и советов внешнего окружения. Каждый из блоков включил в себя по 5 утверждений.

Блок 1 Внутренняя привлекательность профессии включил в себя утверждения о том, что выбранная профессия предполагает наличие высокого чувства ответственности, привлекает возможностями общения с разными людьми, дает возможность приносить пользу людям и использовать профессиональные умения вне работы, а также является творческой (рис. 1).

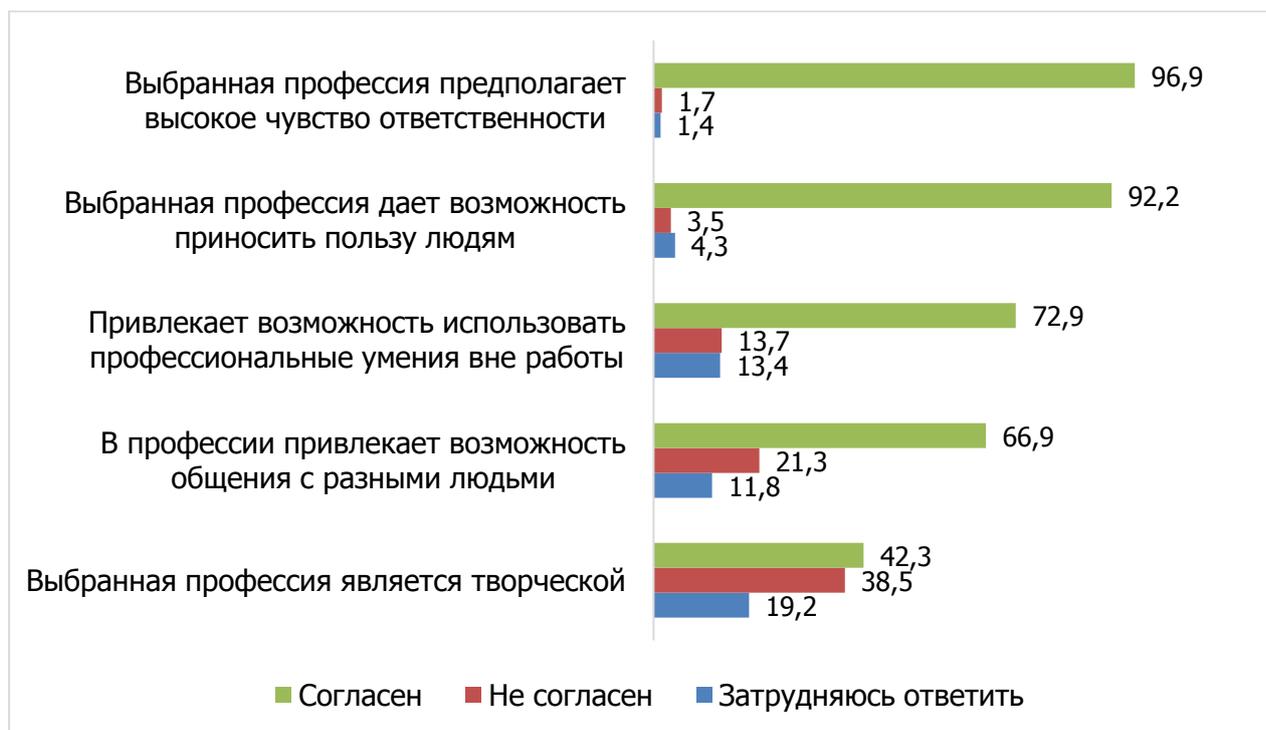


Рис. 1. Частотность выбора утверждений по блоку 1 Внутренняя привлекательность профессии (в процентах к общему числу опрошенных)

Заметно, что подавляющее большинство респондентов согласилось с утверждениями, что выбранная ими профессия предполагает высокое чувство ответственности (96,9%) и что она дает возможность приносить пользу людям (92,2%). При этом с утверждением, что в профессии их привлекает возможность использовать профессиональные умения вне работы, согласились менее $\frac{3}{4}$ опрошенных (72,9%), а с утверждением, что в медицинской профессии их привлекает возможность общения с разными людьми – только $\frac{2}{3}$ респондентов (66,9%). Наконец, меньше всего опрошенных согласились с утверждением, что выбранная ими профессия является творческой – чуть более $\frac{2}{5}$ опрошенных (42,3%); при этом пятая часть студентов (19,2%) затруднилась с ответом.

Проведенное исследование демонстрирует то, что большинство студентов выбрали медицину, так как эта профессия требует от них высокого уровня ответственности и дает возможность приносить пользу людям. Не последнее значение для них имеет возможность общения с людьми и использования своих навыков вне работы. Это доказывает, что гуманистические ценности имеют большое и непреходящее значение для современной молодежи, и что в целом профориентационная работа в школах проходит в верном направлении. Однако (важный факт!) медицинскую профессию

мало кто оценил как творческую – и это повод для коррекции восприятия, поскольку именно на творческие занятия ориентирована сегодня молодежь.

К блоку 2 Внешняя привлекательность профессии были отнесены утверждения о том, что выбранная профессия соответствует способностям студента, дает возможность в полной мере проявить ответственность и самостоятельность, предоставит в будущем возможности для продвижения по службе, позволит обрести экономическую самостоятельность и независимость, а также о том, она является единственно возможной для респондента в сложившейся ситуации (рис. 2).

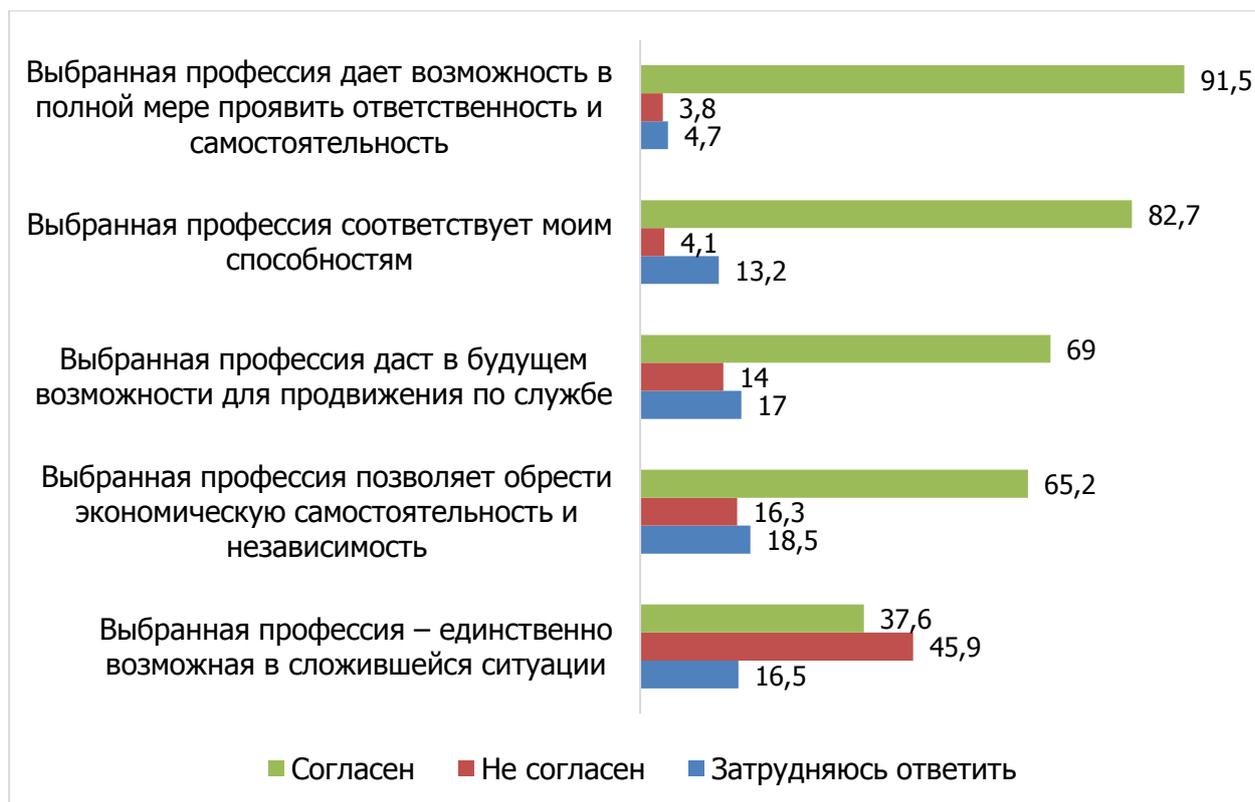


Рис. 2. Частотность выбора утверждений по блоку 2 Внешняя привлекательность профессии (в процентах к общему числу опрошенных)

Таким образом по блоку 2 подавляющее большинство респондентов согласились с утверждением, что выбранная ими профессия дает возможность в полной мере проявить ответственность и самостоятельность (91,5%); с утверждением, что выбранная профессия соответствует их способностям, согласились чуть более 4/5 опрошенных (82,7%). По 2/3 опрошенных согласны с утверждениями, что выбранная профессия даст в будущем возможности для продвижения по службе (69%) и позволяет обрести экономическую самостоятельность и независимость (65,2%). Наконец, чуть более 1/3 опрошенных (37,6%) согласно с утверждением, что

выбранная профессия оказалась для них единственно возможной в сложившейся ситуации.

Внешняя привлекательность профессии видится как ответственность и самостоятельность, а также как продвижение по службе. Однако мало кто из респондентов рассматривает профессию медицинского работника как единственно возможную для себя. У студентов действительно был выбор, и то обстоятельство, что они пришли учиться именно в медицинский колледж, свидетельствует о высоком уровне их внутренней, психологической ответственности, прежде всего перед самими собой, за сделанный выбор жизненного пути.

К блоку 3 Прагматический выбор профессии были отнесены утверждения о том, что выбранная профессия гарантирует стабильную занятость на протяжении всей жизни, дает необходимый опыт, который можно использовать для работы не по специальности, предоставляет возможность обрести финансовую самостоятельность, является ступенью для поступления в будущем в медицинский университет, а также о том, что приобретаемые умения и навыки дают возможность подрабатывать во время учебы (рис. 3).



Рис. 3. Частотность выбора утверждений по блоку 3 Прагматический выбор профессии (в процентах к общему числу опрошенных)

Итак, по блоку прагматической мотивации выбора профессии 4/5 респондентов (80,2%) согласились с утверждением, что выбранная ими медицинская профессия гарантирует им стабильную занятость на протяжении всей жизни. Три четверти опрошенных (73,6%) уверены, что выбранная ими профессия даст необходимый опыт, который можно использовать для работы не по специальности. Около двух третей респондентов согласились с утверждениями, что приобретаемые ими умения и навыки дают возможность подрабатывать во время учебы в колледже (68,1%) и что выбранная профессия – это ступень для поступления в будущем в медицинский университет (63,6%). Наконец, более половины респондентов (57,2%) признают, что при выборе профессии руководствовались мотивом необходимости поскорее обрести финансовую самостоятельность, чтобы материально помогать своей семье.

Прагматические мотивы для студентов – это прежде всего ожидание стабильной занятости, а также возможность использовать опыт для работы не по специальности. Студенты понимают, что выбранная специальность скорее всего гарантирует им стабильную занятость, даст навыки, позволяющие зарабатывать во время учебы, даст опыт, который позволит работать в разных сферах, не только в медицине, а также финансово помогать своим семьям. Довольно существенная часть обучающихся настроена продолжить образование в дальнейшем в медицинском университете, что говорит об их серьезном психологическом настрое на выбранную профессию и сферу деятельности в целом.

Блок 4 Влияние личных мотивов и прошлых переживаний включил в себя утверждения о наличии у респондента болезненного личного опыта или трагических событий, произошедших в его семье и приведших к пониманию профессионального предназначения, о том, что общение с разными людьми задает заряд бодрости и уверенности в себе, а также о том, что, по мнению респондента, помогать людям – его священный долг, и такая помощь – одна из самых приятных вещей, доставляющая удовлетворение в жизни (рис. 4).

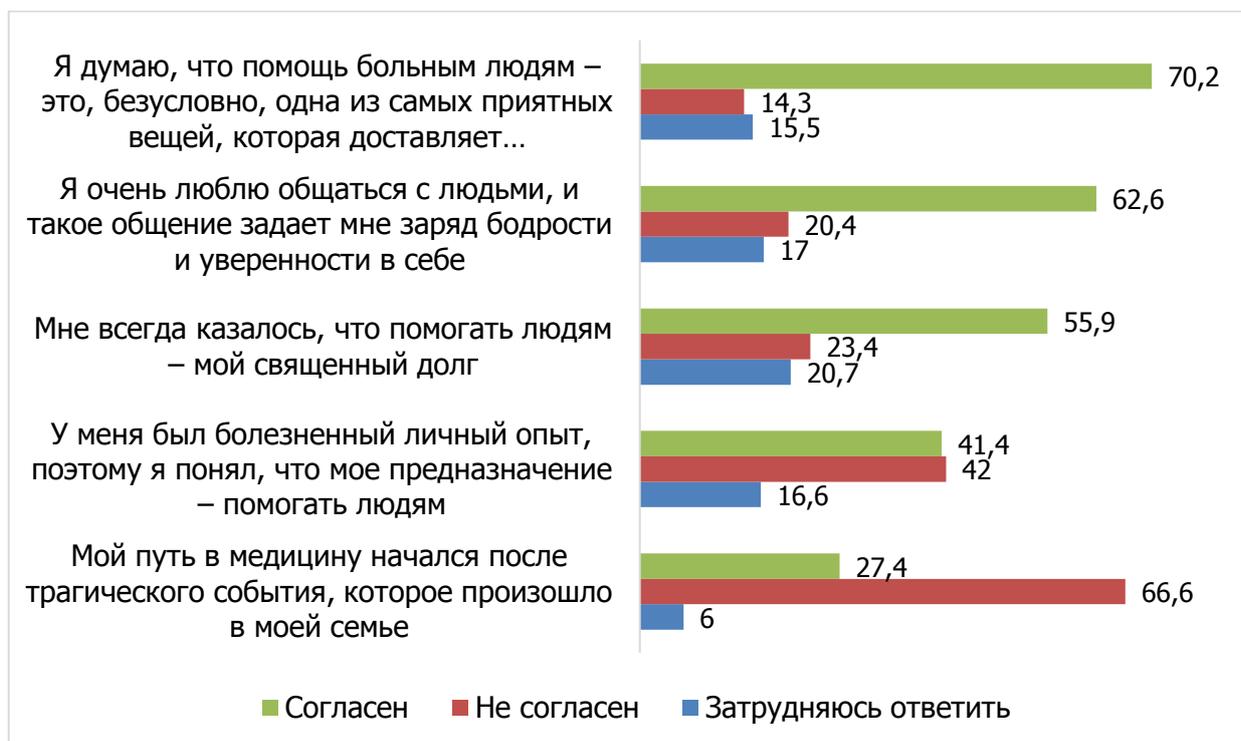


Рис. 4. Частотность выбора утверждений по блоку 4 Влияние личных мотивов и прошлых переживаний (в процентах к общему числу опрошенных)

По блоку влияния личных мотивов и прошлых переживаний, толкнувших к выбору медицинской профессии, можно заметить, что большинство опрошенных (70,2%) согласилось с утверждением, что помощь больным людям – это, одна из самых приятных вещей, которая доставляет удовлетворение в жизни. При этом менее двух третей (62,6%) отметили, что очень любят общаться с людьми, и такое общение задает им заряд бодрости и уверенности в себе. Только чуть более половины респондентов (55,9%) согласились с утверждением, что помогать людям – их священный долг. Две пятых опрошенных (41,4%) признали у себя наличие болезненного прошлом опыта, приведшего к осознанию предназначения помогать людям. Наконец, четверть респондентов (27,4%) подтвердила, что для них путь в медицину начался после трагического события, произошедшего в кругу близких.

По результатам анкетирования можно сказать, что личные мотивы при выборе медицинской профессии малозначимы для студентов, однако стоит обратить внимание на то, что есть группа студентов, заявивших, что очень любят общаться с людьми, и что такое общение «задает им заряд бодрости и уверенности в себе». В то же время представляется, что такие мотивы являются стереотипными и чреватые фрустрацией и их следует обсуждать в студенческой среде и корректировать. У каждого есть свои

психологические проблемы, и каждый по-своему с ними справляются. Пусть и не большинство, но некоторых студентов в медицину привел личный болезненный опыт, других – трагедия в семье. Довольно большая часть студентов считает помощь людям своим священным долгом. Желание общаться и помогать людям – один из ведущих мотивов более чем для половины студентов колледжа.

Наконец, к блоку 5 Влияние семейных традиций и советов внешнего окружения были отнесены утверждения о том, что в семье респондента имеются родственники-медики, передавшие желание помогать больным людям, что выбор профессии был сделан под влиянием родителей, друзей-медиков либо средств массовой информации, а также о том, что респонденту всегда легко давались естественные науки, что сделало логичным выбор профессии (рис. 5).

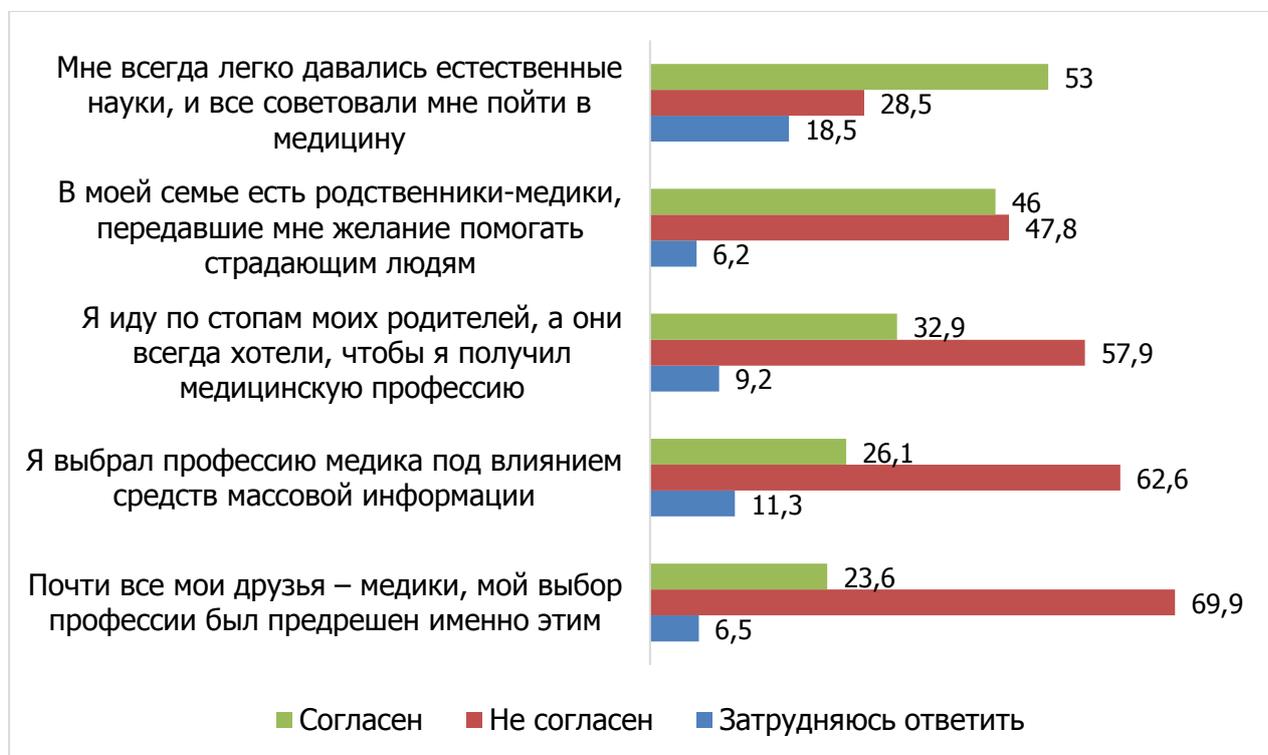


Рис. 5. Частотность выбора утверждений по блоку 5 Влияние семейных традиций и советов внешнего окружения (в процентах к общему числу опрошенных)

В целом по блоку семейных традиций и советов внешнего окружения, предопределивших выбор медицинской профессии, можно увидеть, что только половина опрошенных (53%) согласилась с утверждением, что им всегда легко давались естественные науки, и все советовали пойти в медицину. Около половины респондентов (46%) признали, что в их семьях есть родственники-медики, передавшие желание помогать страдающим людям. Треть опрошенных (32,9%)

согласились с утверждением, что они идут по стопам родителей, а те всегда хотели, чтобы дети получили медицинскую профессию. По одной четверти опрошенных признали, что выбор профессии был предрешен наличием друзей-медиков (23,6%) либо влиянием средств массовой информации (26,1%).

Таким образом, СМИ и друзья не являются референтными группами при выборе профессии. Влияние оказывает в первую очередь семья, хотя сами по себе семейные ценности привели в медицинский колледж не так много студентов. Есть те, кому помощь людям внушили родственники-медики, те, кто хотел пойти по стопам родителей, те, у кого большинство друзей – медицинские работники. Но в целом это не самые высокие и значимые показатели. Еще меньше респондентов пришли в медицину только потому, что им даются естественные науки. Насколько психологически осознанный выбор сделали студенты, можно будет оценить только тогда, когда они начнут работать в системе практического здравоохранения.

Проведенный анализ позволяет выделить наиболее и наименее популярные утверждения, характеризующих ценности и содержание медицинской профессии, значимые для студентов колледжа.

К числу наиболее популярных относятся такие утверждения, как «выбранная профессия предполагает высокое чувство ответственности» (96,9% согласившихся), «выбранная профессия дает возможность приносить пользу людям» (92,2%), «выбранная профессия дает возможность в полной мере проявить ответственность и самостоятельность» (91,5%), «выбранная профессия соответствует моим способностям» (82,7%) и «выбранная профессия дает гарантию стабильной занятости на протяжении всей жизни» (80,2%).

К числу наименее популярных относятся такие утверждения, как «выбранная профессия – единственно возможная в сложившейся ситуации» (37,6%), «я иду по стопам моих родителей, а они всегда хотели, чтобы я получил медицинскую профессию» (32,9%), «мой путь в медицину начался после трагического события, которое произошло в моей семье» (27,4%), «я выбрал профессию медика под влиянием средств массовой информации» (26,1%), «почти все мои друзья – медики, мой выбор профессии был предрешен именно этим» (23,6%).

Обращаясь к рейтингу блоков утверждений, повлиявших на выбор медицинской профессии, можно заметить, что на первом месте находится ее внутренняя привлекательность (средний удельный вес согласившихся – 74,2%), на втором месте

– внешняя привлекательность профессии (69,2%), на третьем – прагматическая мотивация (68,5%), на четвертом – влияние личных мотивов и прошлых переживаний (51,5%), на последнем, пятом, месте – влияние семейных традиций и советов внешнего окружения (36,3%).

Выводы

1. По результатам проведенного исследования очевидно, что ведущую роль играют те ценности, которые определяют внутренние и внешние содержательные компоненты медицинской профессии; к ним следует отнести человеколюбие, гуманизм, возможности приносить пользу людям, применить на практике полученные навыки и умения, проявить ответственность и самостоятельность.

2. Важную роль играют прагматические мотивы, выраженные в желании обрести гарантию стабильной занятости и возможность практического применения полученных знаний не только в сфере профессиональной деятельности. При этом не столь значимое влияние на современных студентов оказывают семейные традиции или влияние внешнего окружения.

3. Некоторую тревогу вызывает то обстоятельство, что студенты медицинского колледжа не в достаточной мере воспринимают будущую профессиональную деятельность с позиций ее коммуникативной ценностной составляющей, ориентированной, в первую очередь, на вербальное взаимодействие с пациентами и их социальным окружением (только две трети опрошенных признают важность для себя межличностного общения).

4. Свердловский областной медицинский колледж, выполняя миссию подготовки высококвалифицированных специалистов среднего звена, является привлекательным учебным заведением для будущих студентов, стремящихся найти себя в медицине и впитавших ценности медицинской профессии.

Список литературы

1. Бильданова В.Р., Гришанина Э.Д. Профессиональные ценностные ориентации студентов // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 6(1).
2. Подстрешная Е.С. Тема боли в дискурсе о врачебном профессионализме на примере травматологического отделения // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 13. № 4. С. 627-642.

3. Перхов В.И., Гречко А.В., Янкевич Д.С. Метаморфозы стандартизации медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2017. № 6. С. 6-12.

4. Костомарова Е.В., Коровина И.А., Деревянко А.А. Ретроспективный анализ требований, предъявляемых к современному врачу // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Педагогические науки. 2015. № 5(100). С. 60-64.

5. Степанова Н.В., Неволина В.В. Мотивация выбора профессии врача и ценностные ориентации студентов медицинского вуза // Мир науки, культуры, образования. 2014. № 6(49). С. 239-241.

6. Гапонова С.А., Майорова И.А., Ловков С.Г. Эмоциональное выгорание и характеристики мотивационной сферы специалистов помогающих профессий (на примере медицинских работников) // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2016. № 3(51). С. 100-107.

7. Казанцева А.В., Азарян Л.О., Набойченко Е.С. Анализ особенностей профессионального самоопределения у студентов медицинского университета // Системная интеграция в здравоохранении. 2020. № 1(47). С. 44-49.

8. Петрова Л.Е., Кузьмин К.В., Ивачев П.В. Влияние семьи на формирование профессиональных ценностей студентов медицинского университета // Системная интеграция в здравоохранении. 2014. № 2(24). С. 44-52.

9. Бобер Е.А. Методика становления профессиональных ценностных ориентаций студентов медицинского колледжа в образовательном процессе // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. С. 45.

10. Ефремова М.Д. Исследование влияния ценностных ориентаций на выбор профессии // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2018. № 8(24). С. 41-47.

11. Коломиец О.М. Ценностные основания профессиональной деятельности медицинской сестры // Мир науки, культуры, образования. 2019. № 4(77). С. 127-129.

References

1. Bil'danova V.R., Grishanina E.D. Professional value orientations of students. International Journal of Experimental Education. 2014; 6(1). [In Rus.]

2. Podstreshnaya E.S. The topic of pain in the discourse about medical professionalism using the example of a trauma department. Journal of Social Policy Studies. 2014; 13(4): 627-642. [In Rus.]

3. Perkhov V.I., Grechko A.V., Yankevich D.S. Metamorphoses of standardization of medical care. *Healthcare Manager*. 2017; 6: 6-12. [In Rus.]
4. Kostomarova E.V., Korovina I.A., Derevyanko A.A. Retrospective analysis of the requirements for a modern doctor. *News of the Volgograd State Pedagogical University. Pedagogical sciences*. 2015; 5(100): 60-64. [In Rus.]
5. Stepanova N.V., Nevolina V.V. Motivation choice of the medical profession and value orientations of medical students. *World of science, culture, education*. 2014; 6(49): 239-241. [In Rus.]
6. Gaponova S.A., Maiorova I.A., Lovkov S.G. Burnout and motivational sphere features of "helping" professions specialists (the case of medical workers). *Social sciences and humanities in the Far East*. 2016; 3(51): 100-107. [In Rus.]
7. Kazantseva A.V., Azarian L.O., Naboychenko E.S. analysis of features of professional self-determination at students of medical university. *System integration in health care*. 2020; 1(47): 44-49.
8. Petrova L.E., Kuzmin K.V., Ivachev P.V. Influence of family on the formation of values in the profession medical university students. *System integration in health care*. 2014; 2(24): 44-52.
9. Bober E.A. Methology of the formation of the professional values orientations of the students of the medical college in the educational process. *Modern problems of science and education*. 2014; 5: 45.
10. Efremova M.D. Study of the influence of value orientations on the choice of profession. *Sciff. Questions of students science*. 2018; 8(24): 41-47.
11. Kolomiets O.M. Value basis of professional activity of a medical nurse. *World of science, culture, education*. 2019; 4(77): 127-129.

© Слободчиков И.М.

УДК 159.99

СПЕЦИФИКА ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Слободчиков И.М.¹

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

Резюме. Статья посвящена обзору специфики обучения клинических психологов в медицинском вузе. Рассматривается ряд важных аспектов связанных с обучением, в частности анализируются роль и значение клинических психологов сопровождения пациентов, специфика профессионально-языковой среды.

Ключевые слова: клинические психологи, медицинский вуз, специфика взаимодействия, медицинские работники, пациенты.

THE SPECIFICS OF THE TRAINING OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS IN MEDICAL UNIVERSITIES

Slobodchikov I.M.¹

¹Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg

Summary. The article is devoted to the review of the specifics of teaching clinical psychologists at a medical university. A number of important aspects related to training are considered, in particular, the role and importance of clinical psychologists accompanying patients, the specifics of the professional language environment are analyzed.

Keywords: clinical psychologists, medical university, specifics of interaction, medical workers, patients.

Введение

Клиническая психология – область психологии, которая занимается диагностикой, лечением и реабилитацией психологических проблем и нарушений у пациентов клиник. Она играет важную роль в современных медицинских вузах, предоставляя не только теоретические знания, но и практические навыки, необходимые для работы с пациентами. Подготовка клинических психологов в медицинских вузах имеет особенности, которые отличаются от подготовки психологов в других областях. Значимость подготовки клинических психологов для современной медицинской

практики обусловлена необходимостью комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов с различными спектрами диагнозов.

Психологические факторы оказывают значительное влияние на здоровье и благополучие человека, поэтому умение работать с психологическими аспектами заболевания является важным навыком для медицинских специалистов.

Роль клинической психологии в медицинских вузах является очень значимой. Психическое здоровье является неотъемлемой частью общего здоровья человека, и его нарушение может иметь серьезные последствия для физического и психологического благополучия. Клинические психологи являются важным звеном в предоставлении комплексной медицинской заботы, включая диагностику, лечение и реабилитацию пациентов с соматическими и психическими расстройствами.

Клинические психологи могут помочь в определении факторов риска и справиться с эмоциональными и психическими проблемами, связанными с болезнями и травмами.

Цель работы

Проанализировать специфику подготовки клинических психологов в медицинских вузах на основе опыта преподавания в Уральском государственном медицинском университете.

Материалы и методы

Использованы общетеоретические методы и практический опыт преподавания психологических дисциплин студентам медицинского университета.

Результаты и обсуждение

Подготовка клинических психологов в медицинских вузах имеет свои особенности, которые отличают ее от подготовки психологов в других направлениях. Первая особенность подготовки клинических психологов в медицинских вузах заключается в необходимости обладать как теоретическими знаниями, так и практическими навыками для работы с пациентами. Студентам предлагается широкий комплекс предметов, которые включают изучение основ психологии, клинической психологии, методик и техник диагностики и лечения психических расстройств, а также основ здоровья и медицинских наук. Они также получают практическую подготовку, включающую обязательные практики в медицинских учреждениях. Вторая особенность состоит в том, что подготовка клинических психологов в медицинских вузах происходит в контексте медицины. Это означает, что студентам предлагаются предметы, связанные с медицинской наукой, такие как физиология, нейроанатомия,

фармакология и другие. Студенты получают знания о физиологических и патофизиологических аспектах заболеваний, а также о специфике работы врачей и медицинского персонала. Это позволяет им лучше понять психологические аспекты заболеваний и предоставить соответствующую поддержку пациентам. Обучение будущих психологов взаимодействию с медицинским персоналом и другими специалистами здравоохранения позволяет создать командный подход к лечению, основанный на взаимодействии и сотрудничестве различных специалистов [1].

Третья особенность подготовки клинических психологов в медицинских вузах связана с основными предметами и курсами. Студенты изучают такие предметы, как клиническая диагностика, психотерапия, консультирование, психология развития, семейная терапия и другие. Обучение включает изучение основных концепций, методов и инструментов клинической психологии, а также психологическую саморефлексию и экспериментальную работу со студентами.

Важным элементом программы подготовки является также изучение специфических методов и приемов работы с различными группами пациентов, такими как дети, подростки, взрослые и пожилые люди. В заключение, подготовка клинических психологов в медицинских вузах имеет свои особенности и направлена на обеспечение психологической помощи пациентам в медицинских учреждениях.

Одной из ключевых ролей клинических психологов в медицинской практике является диагностика и лечение пациентов с психическими расстройствами. Они применяют различные методики и инструменты для оценки психического состояния пациента, а также разрабатывают и реализуют индивидуальные планы лечения и реабилитации. Клинические психологи также могут применять психотерапевтические методы, позволяющие пациентам преодолеть различные психологические трудности и улучшить свое психическое здоровье. Кроме того, клинические психологи играют важную роль в обеспечении психологической поддержки пациентам и их семьям. Получение диагноза психического расстройства часто вызывает эмоциональное и психологическое потрясение, как для пациента, так и для его близких [2]. Клинические психологи могут предоставить эмоциональную поддержку, помощь в управлении стрессом и развитии копинг-стратегий, способствующих адаптации к новой ситуации.

Значимость подготовки клинических психологов для современной медицинской практики может быть подчеркнута и тем, что психологические аспекты здоровья и

заболеваний становятся все более признанными и значимыми, и именно клинические психологи являются ключевыми специалистами, способными исследовать и лечить психологические проблемы пациентов. Все больше и больше людей сталкиваются с различными психологическими проблемами, которые могут прямо или косвенно влиять на их физическое здоровье. Например, стресс, депрессия, тревога и другие психологические состояния могут оказывать негативное влияние на иммунную систему человека, ухудшать качество сна, влиять на принятие решений и снижать пациентов способность к соблюдению рекомендаций лечащего врача. Таким образом, клинические психологи играют не только важную роль в исследовании и лечении психологических проблем отдельного человека, но и способствуют более эффективному лечению и улучшению общего состояния здоровья пациента. Кроме того, как было отмечено уже выше, клинические психологи также могут оказывать помощь пациентам и их семьям в процессе принятия сложных решений, связанных с лечением и уходом за заболевшими. Они помогают пациентам рационализировать свои эмоции, разрешать конфликты и развивать эффективные стратегии самоуправления в условиях болезни или хронического заболевания. Это особенно важно для пациентов с длительными и серьезными заболеваниями, такими как рак, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и другие хронические состояния, которые требуют постоянного медицинского ухода и изменений в образе жизни. Ранняя интервенция и психологическая поддержка могут существенно повысить качество жизни и общую реабилитацию пациентов.

Подготовка клинических психологов в медицинских вузах требует приобретения определенных специфических знаний и практических навыков. Так, например, для успешного выполнения своих обязанностей и эффективного взаимодействия с пациентами и медицинским персоналом, клинические психологи должны обладать глубоким пониманием психологических процессов и расстройств, а также иметь навыки их применения в практической работе. Одним из основных теоретических знаний, необходимых клиническим психологам, является понимание психопатологии. Это область психологии, изучающая психические расстройства и аномалии. Клинический психолог должен быть знаком с различными видами психопатологий, их симптоматикой, причинами возникновения и способами лечения. Такие знания помогут клиническому психологу правильно диагностировать и проводить терапевтические мероприятия. Другим важным аспектом для клинического психолога

является понимание теорий личности. Знание различных концепций личности позволяет психологу более глубоко понять пациента и его психологические особенности. Это помогает клиническому психологу адаптировать используемые методы и подходы к личности пациента, что в свою очередь способствует более эффективной работе с пациентом [3].

Еще одним необходимым теоретическим знанием для клинических психологов является понимание методов и инструментов психологической оценки. Это включает в себя знание различных тестов и опросников, которые используются для проведения диагностики, а также навыки их применения и интерпретации результатов. Основываясь на этих данных, клинический психолог может сделать более точные выводы о психологическом состоянии пациента и разработать более эффективный план лечения. Важно понимать, что медицинская диагностика и психологическая диагностика – не просто суть разные области, но зачастую в зонах их «пересечений» возникают сопряжённые, а иногда и достаточно противоречивые и даже конфликтные моменты. Необходимо учитывать более высокую точность медицинской диагностики и её большую конкретику и относительную точность психологической диагностики с одной стороны, но с другой стороны и более широкий охват проблематики. Фактически речь и может и должна идти об обучении клинических психологов методам интерпретации данных различных типов диагностики и, соответственно, о выработке навыка соотнесения результатов и анализе комплексной картины психофизического или психологического нездоровья пациента.

Изучение клинической психологии в рамках медицины позволяет понять и оценить взаимосвязь психического и физического здоровья человека, а также определить оптимальные стратегии диагностики и лечения пациентов. Изучение клинической психологии в контексте медицины предполагает анализ психологических аспектов заболеваний, их причинно-следственных связей и пути взаимодействия с медицинскими процедурами. Клинический психолог должен обладать знаниями о различных медицинских патологиях, их симптомах и лечебных методах не только для того, чтобы понимать их суть и специфику, но и для того, чтобы иметь представление о поведенческой картине в контексте лечения того или иного заболевания, поскольку поведение пациента в норме, при заболевании и в процессе лечения, что включает и

собственные поведенческие реакции пациента на само это лечение, три разные «картины» [4].

Ещё одним аспектом представления о специфике обучения клинических психологов в медицинском вузе является само поле понятий, собственно профессионально-языковая среда, в которой происходит обучение. У клинических психологов, обучающихся в медицинском вузе, вырабатывается особый «слух» на профессиональный слэнг, и они органично вписываются в профессиональную среду и профессиональное сообщество, достаточно быстро становясь органической и однородной его частью.

Выводы

Вместе с этим меняется и специфика восприятия людей, с которыми клиническим психологам необходимо работать. На уровне профессионально-психологических понятий существует немало противоречий, связанных с системой позиционирования субъектов в контексте профессионального общения и определения субъектно-профессиональных позиций. Так с точки зрения классической консультативной психологии употребление термина «пациент», по отношению к человеку, обращающемуся за психологической помощью, будет не корректным, поскольку психолог не врач, лечения он не производит, а способ взаимодействия является вариантом специфического общения. При этом в рамках психотерапевтического общения использование термина «пациент» уместно. При работе в медицинском клинический психолог органически начинает использовать именно медицинскую терминологию, не делая «внутренней» понятийной, а следовательно, и позиционной, коррекции. Более того, у клинического психолога в процессе его практической деятельности складывается своё поле профессиональных дефиниций куда в частности входит такие важные психологические понятия как «субъективное отношение к болезни», «восприятие болезни», «ощущение и восприятие нарушения здоровья» и многие другие, которые зачастую и являются начальной «базой» профессионального взаимодействия клинического психолога и его собеседника в контексте профессионального сопровождения.

Список литературы:

1. Аверин В.А., Зинкевич Е.Р., Кульбах О.С. Теория и методика воспитательной работы в медицинском вузе. Учебное пособие.6– СПб., 2011.6– 80 с. [Averin VA,

Zinkevich ER, Kul'bakh OS. Teoriya i metodika vospitatel'noy raboty v meditsinskom vuze. Uchebnoe posobie. Saint Petersburg; 2011. 80 p. (In Russ.)

2. Беребин М.А. Образование по клинической психологии в России: вперед с широко закрытыми глазами вбок в тупик? // Медицинская психология в России. 2014– № 5. [Berebin MA. Obrazovanie po klinicheskoy psikhologii v Rossii: vpered s shiroko zakrytymi glazami vbok v tupik? Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2014;(5).
3. Беребин М.А. О статусе медицинского психолога в системе здравоохранения, недостатках системы подготовки клинических психологов и связанных с ними проблемами и перспективах // Медицинская психология в России. 2012.6 – № 2. [Berebin MA. O statuse meditsinskogo psikhologa v sisteme zdavookhraneniya, nedostatkakh sistemy podgotovki klinicheskikh psikhologov i svyazannykh s nimi problemami i perspektivakh. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2012;(2).
4. Корнев А.Н., Зинкевич Е.Р. Пропедевтическая практика в системе непрерывной подготовки психолога. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Из-во СПбГПМА, 2010. 36 с. [Kornev AN, Zinkevich ER. Propedevticheskaya praktika v sisteme nepreryvnoy podgotovki psikhologa. Uchebno-metodicheskoe posobie. Saint Petersburg: Izdatel'stvo SPbGPMA; 2010. 36 p.

© Носкова М.В., Кондакова Ю.А.

УДК 159.9.072

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И УРОВНЕМ СТРЕССА У МОЛОДЕЖИ

Носкова М.В.¹, Кондакова Ю.А.¹

*¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Екатеринбург*

Резюме. В современном мире проблема стрессовых ситуаций и их воздействия на молодежь становится все более актуальной, особенно в контексте пищевого поведения. Статья рассматривает тему, как стресс может стать катализатором для нарушения пищевого поведения среди современной молодежи. Неоспоримо, что высокий уровень стресса может существенно повлиять на выбор продуктов, частоту приема пищи и даже вызвать потерю аппетита или, наоборот, чрезмерное питание. Цель исследования – выявление связи между пищевым поведением и уровнем стресса, на основе результатов разработать терапевтическую программу с использованием методов арт-терапии. В исследовании использовались следующие методики: Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи, Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона (адаптация Н.Е. Водопьяновой). Выявлено, что уровень испытываемого стресса коррелирует с такими нарушениями, как эмоциогенного и экстернального пищевого поведения, а также значимым является то, что данные нарушения влияют на восприятие собственного тела. На основе проведенного исследования была предложена психокоррекционная программа, состоящая из арт-терапевтических методов и техник, направленная на гармонизацию внутреннего состояния человека и обращение к собственному телу. Арт-терапия представляет собой эффективный метод коррекции нарушений пищевого поведения, вызванных стрессом.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения, пищевое поведение, стресс, образ тела, арт-терапия.

RELATIONSHIPS BETWEEN EATING BEHAVIOR AND STRESS LEVEL YOUTH

Noskova M.V.¹, Kondakova Y.A.¹

¹Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg

Summary. In the modern world, the problem of stressful situations and their impact on young people is becoming increasingly relevant, especially in the context of eating behavior. The article examines the topic of how stress can become a catalyst for eating disorders among modern youth. It is undeniable that high levels of stress can significantly affect food choices, meal frequency, and even cause loss of appetite or, conversely, overeating. Art therapy is an effective method for correcting eating disorders caused by stress. The purpose of the study is to identify the connection between eating behavior and stress levels, and based on the results, to develop a therapeutic program using art therapy methods. The following methods were used in the study: Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), O.A. Body Image Questionnaire. Skugarevsky and S.V. Sivukhi, Lemur-Tesier-Fillion Psychological Stress Scale PSM-25 (adapted by N.E. Vodopyanova). It was revealed that the level of stress experienced correlates with disorders such as emotional and external eating behavior, and it is also significant that these disorders affect the perception of one's own body. Based on the research, a therapeutic program was proposed, consisting of art therapeutic methods and techniques, aimed at harmonizing the client's internal state and addressing his own body.

Key words: eating disorder, eating behavior, stress, body image, art therapy.

Введение

Пищевое поведение – это ценностное отношение к пище и способу ее приема, а также стереотипы питания, которые сложились у нас в повседневной жизни и в периоды стресса. Пищевое поведение не ограничивается лишь нашими предпочтениями и стереотипами. Оно может быть сильно затронуто в периоды стресса. Многие из нас, когда испытывают давление или эмоциональные трудности, обращаются к пище, пытаясь заполнить эмоциональный дискомфорт или найти временную психологическую поддержку. Более того, пищевое поведение может быть сильно связано с нашим восприятием своего собственного тела. Многие люди стремятся к идеальному образу тела, который диктуется социальными и культурными нормами и ожиданиями. Это может приводить к различным формам поведения, таким как диеты, увлечение физической активностью и даже поиск экстремальных мер для достижения желаемого вида тела. Разумное и сбалансированное отношение к пище является важным фактором нашего здоровья и благополучия. Понимание наших

мотиваций и поведенческих тенденций в пищевой сфере поможет человеку развить более здоровый и гармоничный подход к питанию и самооценке собственного тела.

Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека, и направлено на удовлетворение физиологических, социальных и психологических потребностей [1]. Воспитание, привычки и окружающая среда играют важную роль в формировании пищевого поведения. Стресс, также, является существенным фактором, который может влиять на наши привычки и отношение к пище [2].

В современном мире, где темп жизни становится все более быстрым, стресс может стать непосредственной причиной неправильного питания или даже привести к различным расстройствам пищевого поведения, таким как компульсивное переедание или анорексия. В таких ситуациях, важно научиться эффективно управлять стрессом и найти здоровые способы реагировать на него.

Расстройства пищевого поведения – это достаточно большая группа расстройств, которая характеризуется нездоровым отношением к еде, отсутствием осознания образа собственного тела, неадекватным восприятием собственной фигуры. Сложно выделить точные причины появления расстройств пищевого поведения: одни авторы утверждают, что здесь играет роль наследственная предрасположенность, другие указывают на внешние факторы риска (отношение родителей, окружающих людей) [3].

Профессиональная психологическая помощь играет важную роль в нормализации пищевого поведения. Расстройства пищевого поведения, такие как анорексия или булимия, часто связаны с глубокими эмоциональными и психологическими проблемами. В этом контексте арт-терапия может стать эффективным методом воздействия на такие расстройства.

Путем выражения себя через искусство, пациенты могут обнаружить глубинные корни своих проблем с пищей и обрести новые способы общения и самовыражения, она позволяет им безопасно исследовать свои эмоциональные реакции на пищу и тело, а также легче выражать свои переживания, которые могут быть сложными для словесного описания.

Наблюдая за процессом создания произведения искусства, психолог может получить информацию о скрытых эмоциональных конфликтах и помочь клиенту разработать альтернативные способы реагирования. В целом, арт-терапия – один из

наиболее востребованных методов в практической психологии, способствующих гармонизации эмоциональной сферы и уменьшению уровня напряжения [4] и представляет разные направления: рисуночная терапия (лечебное воздействие техник изобразительного искусства), игровая терапия (лечебное воздействие через моделирование и проигрывание ситуаций), сказкотерапия, музыкотерапия (лечебное воздействие через восприятие музыки), цветотерапия (лечебное воздействие через цветовую гамму), коллажирование и др. [5].

Цель работы

Выявление связи между пищевым поведением и уровнем стресса у молодежи, и на основе результатов разработать терапевтическую программу с использованием методов арт-терапии.

Материалы и методы

При проведении исследования использовались следующие методики: Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ), Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи, Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона (адаптация Н.Е. Водопьяновой). Полученные результаты обрабатывались методами математико-статистического анализа: корреляционные матрицы с применением критерия r-Спирмена. Выборку составили 21 человек, из них 10 девушек и 11 юношей в возрасте 20-25 лет, имеющих нормальный вес.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов пищевого поведения по методике «Голландский опросник пищевого поведения» представлен в таблице 1.

Таблица 1
Результаты диагностики пищевого поведения по методике
«Голландский опросник пищевого поведения», в %

| Экстернальное ПП | Эмоциогенное ПП | Ограничительное ПП |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|
| 42,9 | 66,6 | 90,1 |

На основании данных, представленных в таблице 1, можно сделать вывод, что проблемы с пищевым поведением являются распространенными среди респондентов. Каждый из участников исследования столкнулся хотя бы с одним видом нарушений, при этом выявлены три основных типа проблем: эмоциогенное, ограничивающее и экстернальное пищевое поведение. Согласно представленным данным, наиболее

часто встречаемыми являются эмоциогенные нарушения (66,6% респондентов) и ограничивающее пищевое поведение (90,1% респондентов). Это свидетельствует о том, что эмоциональные аспекты играют существенную роль в формировании проблем с пищевым поведением, а также указывает на широкое распространение стремления контролировать свой рацион. Также интересным является факт, что экстернальное нарушение пищевого поведения наблюдается у 42,9% испытуемых. Это может указывать на воздействие внешних факторов, таких как социокультурные и окружающая обстановка, на пищевые привычки участников. Среди испытуемых с эмоциогенным пищевым поведением выделяется тенденция к избыточному переживанию как положительных, так и отрицательных эмоций, а также к «заеданию стресса». Это подчеркивает важность психологических аспектов при изучении проблем с пищевым поведением. Таким образом, анализ данных из таблицы 1 позволяет сделать вывод о высокой распространенности нарушений пищевого поведения среди респондентов и подчеркнуть важность комплексного подхода к их изучению и решению.

Чтобы определить степень удовлетворённости собственным телом, был применен опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты диагностики удовлетворенности собственным телом
по методике «Опросник образа собственного тела
О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи», в %

| Принятие образа тела | Непринятие образа тела |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 47,6 | 52,4 |

По таблице 2 видно, что около 52,4% выборки испытывают непринятие своего тела и неудовлетворены своим внешним видом. Такое отношение к собственному телу может вызывать различные проблемы и негативное влияние на самооценку и благополучие. Оставшиеся респонденты, 47,6% не испытывают таких проблем с непринятием своего тела. Это может означать, что у них более положительное отношение к своему внешнему виду и они чувствуют себя комфортно.

Для определения уровня стресса была проведена методика «Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона» (адаптация Н.Е. Водопьяновой). Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3
Результаты диагностики уровня стресса по методике «Шкала психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона» (адаптация Н.Е. Водопьяновой) в %

| Уровень стресса | | |
|------------------------|----------------|----------------|
| Низкий | Средний | Высокий |
| 47,6 | 28,6 | 23,8 |

Результаты таблицы 3 показывают, что большая часть испытуемых (47,6%) испытывает низкий уровень стресса, что свидетельствует о хорошей психологической адаптированности к рабочим нагрузкам. Респонденты, испытывающие средний уровень стресса, могут временами не справляться с психологическими нагрузками (28,6%). Оставшаяся часть выборки (23,8%), испытывающая высокий уровень стресса, находится в состоянии психологического дискомфорта и дезадаптации.

Далее была проведена проверка на нормальное распределение с помощью критерия W-Шапиро-Уилка. Делаем вывод, что нормальное распределение в выборке отсутствует, значит для дальнейшей работы пользуемся непараметрическим критерием r-Спирмена.

С помощью корреляционных матриц с применением критерия r-Спирмена были получены следующие результаты: корреляция образа тела и эмоциогенного пищевого поведения составляет $r=0,47$ (при $p \leq 0,05$); корреляция уровня стресса и эмоциогенного пищевого поведения составляет $r=0,47$ (при $p \leq 0,05$); корреляция образа тела и экстернального пищевого поведения составляет $r=0,8$ (при $p \leq 0,05$); корреляция уровня стресса и экстернального пищевого поведения составляет $r=0,81$ (при $p \leq 0,05$); корреляция образа тела и ограничивающего пищевого поведения составляет $r= -0,07$ (при $p > 0,05$); корреляция уровня стресса и ограничивающего пищевого поведения составляет $r=-0,02$ (при $p > 0,05$); корреляция уровня стресса и образа тела составляет $r=0,84$ (при $p \leq 0,05$).

Таким образом, статистически значимыми связями являются корреляции уровня стресса и экстернальным и эмоциогенным пищевым поведением, а также корреляция уровня стресса и образа тела. Связь между ограничивающим пищевым поведением, уровнем стресса и образом тела не являются значимыми.

Поскольку статистически значимой связи между ограничивающим пищевым поведением и образом тела и уровнем стресса не было выявлено, можно сделать вывод, что в основе ограничивающего пищевого поведения лежит иная причина.

На основании полученных результатов, нами была разработана терапевтическая программа с использованием арт-терапевтических методик, предназначенная для работы в группах. Путем выражения себя через искусство, пациенты могут обнаружить глубинные корни своих проблем с пищей и обрести новые способы общения и самовыражения, она позволяет им безопасно исследовать свои эмоциональные реакции на пищу и тело, а также легче выражать свои переживания, которые могут быть сложными для словесного описания.

Психотерапевтическая программа состоит из 4 занятий:

Занятие 1. Знакомство с психотерапевтической группой, постановка проблемы.

В начале занятия мы обсуждаем, как себя чувствовал человек в течение последней недели и какой стресс он испытывал. После этого проводим арт-терапевтическую технику «Карта моего тела», разработанную Е. Татариной. Эта техника помогает клиенту осознать и визуализировать свои взаимоотношения с различными частями своего тела, требующие особенного внимания. Во время выполнения техники, можно включить релаксационную музыку, которая способствует более глубокому погружению в психотерапевтический процесс. По окончании сеанса обсуждаем проделанную работу и переходим к выполнению аутогенной тренировки по Шульцу. Этот метод имеет мощное релаксационное воздействие и помогает достичь глубокого состояния расслабления. В рамках домашнего задания мы предлагаем использовать методику «Дневник мудрости вашего тела». Этот дневник заполняется в течение трех недель с момента начала психотерапевтической работы, и включает несколько важных критериев: **физические ощущения и уровень энергии, эмоциональные состояния, мечты жизни и привычки. Цел этой техники заключается в том, чтобы помочь человеку обратиться к своим внутренним ощущениям и зафиксировать свои мысли, переживания и ощущения. Заполняя дневник,**

клиент может осознать, как их тело реагирует на различные ситуации и какие эмоции она испытывают.

Занятие 2. Работа с образом тела и снятием внутреннего напряжения. В начале занятия мы обсуждаем самочувствие, телесные ощущения человека, о возможном психологическом, соматическом дискомфорте. После обсуждения предлагаем выполнить технику «**Где вы ощущаете гнев, страх, горе, любовь?**». Эта техника направлена на обращение клиента к своему телу, внутренних ощущений и телесных проявлений эмоций. Можно включить релаксационную музыку. После выполнения задания проводим дебрифинг.

Занятие 3. Завершение групповой работы, рефлексия над психологическим и соматическим самочувствием. Начало занятия проводится по идентичной схеме. Далее обсуждается проделанная работа по технике «**Дневник мудрости вашего тела**», выявление изменений во время психотерапевтической работы и обозначение перспектив дальнейшей работы. Занятие завершается аутогенной тренировкой по Шульцу.

Выводы

Таким образом, на основании вышеизложенного материала следует, что стресс оказывает влияние на пищевое поведение и образ тела, способствует таким нарушениям как эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение.

Полученные результаты исследования и психотерапевтическая программа может быть использована для дальнейшей работы в данном направлении и полезны психологам, врачам.

Список литературы

1. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. – Москва: Эксмо, 2007. – 614 с.
2. Михайлова А.П., Штрахова А.В. [Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология.](#) – 2018. –Т. 11.–№ 3. –С. 80-95.
3. Набойченко Е.С., Носкова М.В. Психологические особенности подростков с расстройствами пищевого поведения: современные реалии // Саратовский научно-методический журнал. – 2022. – Т 18. – № 3. – С. 484-490.

4. Хвостова О.И. К вопросу коррекции эмоциогенного пищевого поведения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2005. – № 3 (15). – С. 66-67.
5. Носкова М. В. Арт-терапевтические направления в психологической помощи родителям, имеющим «особых» детей / М. В. Носкова. Текст: непосредственный // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – № 1 (31). – С. 44–48.

© Тихонова М.С., Тимофеев Е.С., Баранская Л.Т.

УДК 159.972-057.875

НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОБРАЗОМ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Тихонова М.С.¹, Тимофеев Е. С.¹, Баранская Л.Т.¹

¹Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В формировании личности в молодом возрасте существенную роль играет образ тела, который представляет собой «превращение форм действительных отношений личности в факторы ее развития и саморазвития» [1]. В соответствии с этим, образ тела определяется как динамическое интрапсихическое образование, которое постепенно меняется по мере взросления индивида, кристаллизуясь вокруг единого ядра и тем самым соответствует процессу формирования образа Я и самооценки. Психологическое единение двух личностных факторов – образа тела и самооценки – обусловлено определенной синхронностью их динамики, которое при неудовлетворенности личности образом тела сопровождается выраженными эмоциональными реакциями и аффективными нарушениями, в том числе, высоким уровнем тревожности и низкой самооценкой. В статье представлены эмпирические данные, позволяющие выявить соотношение неудовлетворенности образом тела ситуативной и личностной тревожности у студентов педиатрического факультета. Оценка удовлетворенности/неудовлетворенности образом тела проводилась по двум тестам: SIBID – ситуативная неудовлетворенность телом и BIQLI – влияние образа тела на качество жизни из методики Т.Ф. Кэша «Исследование образа тела». Дополнительно использовались «Шкала самооценки» М. Розенберга и «Шкала тревоги/депрессии» А. Бека. Участниками пилотажного исследования стали 30 студентов 5-го курса педиатрического факультета. Из них: мужского пола 5 человек (17%), женского пола 25 человек (83%). Средний возраст студентов составил $21 \pm 1,2$ года. По результатам исследования выявлено, что средний уровень испытуемых по тесту SIBID равен 1,76, то есть большая часть показателей укладывается в нормативный диапазон от 1 до 1,5 ($p=0,05$). Однако по тесту BIQLI среднее значение показателя не соответствует нормальному – большинство индивидуальных значений располагается выше нормы, что свидетельствует о том, что образ тела

воспринимается студентами как имеющий значительные недостатки, ассоциируется с образом Я в целом, и тем самым рассматривается как существенное препятствие достижениям в разных сферах жизнедеятельности и качеству жизни в целом ($p=0,03$). Полученные данные соответствуют высоким показателям как ситуативной, так и личностной тревожности ($p=0,01$), при этом показатели самоуважения (60%) ($p=0,00036$) незначительно преобладают над показателями самоунижения (40%) ($p=1,03$). Результаты проведенного исследования указывают перспективные линии внеучебной работы, одной из них является организация факультативных занятий по психологии кризисных состояний.

Ключевые слова: образ тела, неудовлетворенность образом тела, тревожность, студенты педиатрического факультета.

DISSATISFACTION WITH BODY IMAGE IN STUDENTS OF PEDIATRICS FACULTY OF MEDICAL UNIVERSITY

Tikhonova M.S.¹, Timofeev E.S.¹, Baranskaya L.T.¹

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation

Summary. In the formation of personality in the young age, the role of body image is significant. It represents "the transformation of the forms of actual relationships of the individual into factors of its development and self-development" [1]. In accordance with this, body image defined as a dynamic intrapsychic formation that gradually changes as the individual grows older, crystallizing around a single core and thereby corresponding to the process of forming self-image and self-esteem. The psychological unity of two personal factors - body image and self-esteem - is due to a certain synchronicity in their dynamics, which, when a person is dissatisfied with body image, accompanied by pronounced emotional reactions and affective disorders, including a high level of anxiety and low self-esteem. The article presents empirical data that allows us to identify the relationship between dissatisfaction with body image, situational and personal anxiety among pediatric students. The assessment of satisfaction/dissatisfaction with body image carried out using two tests: SIBID - situational body dissatisfaction and BIQLI - the influence of body image on the quality of life from the methodology of T.F. Cash, Body Image Research. Additionally, the "Self-Esteem Scale" by M. Rosenberg and the "Anxiety/Depression Scale" by A. Beck used. Participants in the pilot study were 30 5th year students of the Faculty of Pediatrics.

Among them: five men (17%) and twenty-five women (83%). The average age of the students was 21 ± 1.2 years. According to the results of the study, it revealed that the average level of subjects on the SIBID test is 1.76, that is, most of the indicators fall within the normative range from one to 1.5 points. ($p=0.05$). However, according to the BIQLI test, the average value of the indicator does not correspond to the normal one - most individual values are located above the norm, which indicates that body image is perceived by students as having significant flaws, is associated with the self-image as a whole, and is thus considered as a significant obstacle to achievements in different areas. spheres of life activity and quality of life in general ($p=0.03$). The data obtained correspond to high indicators of both situational and personal anxiety ($p = 0.01$), while indicators of self-esteem (60%) ($p = 0.00036$) slightly prevail over indicators of self-humiliation (40%) ($p = 1.03$). The results of the study indicate promising lines of extracurricular work, one of them is the organization of elective classes in the psychology of crisis situations.

Key words: body image, body image dissatisfaction, anxiety, pediatric students.

Введение

Исследование образа тела имеет длительную историю и бурно развивающееся настоящее. Телесный опыт человечества и отдельного человека направлен на различные аспекты психического функционирования и качества жизни. В формировании личности в молодом возрасте существенную роль играет образ тела, который представляет собой «превращение форм действительных отношений личности в факторы ее развития и саморазвития» [1].

Одним из первых образ тела определен П. Шильдером, «как пространственный опыт восприятия субъектом своего тела, который формируется через общение с другими людьми и включает когнитивные, перцептивные и эмоциональные элементы» [2]. Современная трактовка понятия «образ тела» принадлежит Т.Ф. Кэшу – основателю и главному редактору журнала «Body Image». «Образ тела – многомерный конструкт, включающий в себя представление о себе и отношение к себе, которые обусловлены собственным телом, преимущественно физическим обликом и неразрывно связаны с самооценкой» [3]. Такое понимание позволяет рассматривать образ тела как динамическое интрапсихическое образование, которое постепенно меняется по мере взросления, кристаллизуясь вокруг единого ядра и тем самым

соответствует процессу формирования образа Я и самооценки [4]. Самооценка является оценкой человеком самого себя, своего тела и места в обществе.

Важнейшим фактором, способствующим развитию самооценки, является сравнение себя с другими людьми. Согласно Л. Фестингеру, одному из создателей социальной теории сравнения, в случае отсутствия качественных стандартов оценки своих качеств человек «находит» людей для того, чтобы сравнить себя с ними, и через это сравнение дает себе оценку. В случае если реальный образ не соответствует образу других, человек пытается устранить это несоответствие [5].

Образ тела является важнейшей составляющей Я-концепции индивида. Первоначально субъект оценивает тело посредством когнитивного компонента сознания, а затем выражает аффективно-эмоциональное отношение к нему. Объединяет оба компонента, то, что, по существу, они взаимосвязаны друг с другом и могут выступать только как единое целое.

Психологическое единение двух личностных факторов – образа тела и самооценки – обусловлено определенной синхронностью их динамики, которое при неудовлетворенности образом тела сопровождается выраженными эмоциональными реакциями и аффективными нарушениями, в том числе, высоким уровнем тревожности и низкой самооценкой [6]. В случае недовольства образом тела субъект связывает негативные эмоции с неудачами функционирования в социуме. В то же время, ряд авторов полагают, что неудовлетворенность образом тела является нормой в современных западных обществах [7, 8, 9], и для большинства людей не связана с психическими заболеваниями или тяжелыми страданиями [10]. Чтобы неудовлетворенность образом тела стала дисфункциональной, необходимы дополнительные условия, например наличие депрессивного эпизода или дистимии.

У значительной части студентов образ тела несовершенен, подвергается значительному влиянию как внешних социальных, так и внутренних психологических факторов, прежде всего, сексуальных [11]. Вероятно, это связано с незавершенным процессом становления личности и самосознания.

Для изучения феномена образа тела применяются психодиагностические методы, такие как: BIQLI (влияние образа тела на качество жизни), SIBID (ситуативная неудовлетворенность образом тела); RSES (шкала самооценки М. Розенберга); опросник BDI (шкала тревоги и депрессии А. Бека); STAI (тест Спилбергера для оценки личностной и ситуативной тревогу [12].

Цель работы

Выявить удовлетворенность/неудовлетворенность образом тела у студентов педиатрического факультета и ее соотношение с тревожностью, депрессивными тенденциями и самооценкой.

Материалы и методы

В пилотажном исследовании приняли участие тридцать студентов 5 курса педиатрического факультета УГМУ, из них: пять обследуемых (17%) мужского пола и 25 (83%) – женского пола. Средний возраст $21 \pm 1,2$ года. Критерии включения: добровольное желание участвовать в исследовании в формате Google Forms; возраст от 20 до 23 лет. Критерии исключения из исследования: беременность и период лактации, применение различных видов лечения. Неравный гендерный состав выборки объясняется, во-первых, ее относительной репрезентативностью, отражающей небольшое количество студентов мужского пола на педиатрическом факультете, и, во-вторых, значительным нежеланием, к участию в исследованиях по данной тематике. Исследование проводилось в формате Google Forms по опросникам образа тела: BIQLI (влияние образа тела на качество жизни), SIBID (ситуативная неудовлетворенность образом тела), а также по шкалам: RSES (шкала самооценки М. Розенберга), BDI (шкала депрессии Бека), STAI (тест Спилберга). Для статистического анализа данных использовалась программа Microsoft Excel 2010, статистика SPSS версия 26. Оценка достоверности осуществлялась с помощью t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$). Проводился корреляционный анализ с вычислением коэффициента парной корреляции, корреляция считалась положительной при коэффициенте корреляции $r > 0,3$.

Опросник BIQLI состоит из 19 вопросов. Ответы оцениваются по семибалльной биполярной шкале от +3 (очень положительное влияние) до 0 (отсутствие влияния) и от -3 (очень отрицательное влияние) и означают влияние образа тела на качество жизни. Баллы суммируются, и вычисляется среднее арифметическое (норма для мужчин - 1,24, норма для женщин 1,00) [13].

Опросник SIBID состоит из 20 утверждений, градация ответов от 0 (никогда) до 4 (всегда / почти всегда), отражающие эмоции пациента по отношению к своей внешности в различных повседневных жизненных ситуациях. При оценке результатов использовались следующие показатели: норма для мужчин – 1,17 (среднее

квадратичное отклонение – 0,76) норма для женщин – 1,80 (среднее квадратичное отклонение – 0,90) [13].

Шкала RSES состоит из 10 утверждений. Результаты опроса позволяют получить информацию по двум факторам: "самоуважение" и "самоунижение". Чем выше итоговый показатель, тем выше самооценка респондента.

Шкала BDI включает в себя 21 утверждение, структурированные по типам психопатологической симптоматики. Каждый пункт категории шкалы оценивается от 0 до 3 баллов, суммарный балл составляет от 0 до 63: Менее 9 – отсутствие депрессивных симптомов. 10-18 – легкая депрессивная симптоматика. 19-29 – умеренная депрессивная симптоматика. 30-63 – явно выраженная депрессивная симптоматика.

Тест STAI содержит 20 прямых и обратных утверждений, построенных по типу самоотчета. Из суммы прямых ответов вычитается сумма обратных ответов и прибавляется поправочный коэффициент 50. Так вычисляется индекс ситуативной (ИСТ) и личностной тревожности (ИЛТ).

Результаты и обсуждение

По опроснику BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) размах вариации равен 1,5, при норме 2. Результаты варьируются от – 0,07 (отрицательное влияние, ниже нормы) до 1,43 (положительное влияние). Среднее значение показателя отдельных вопросов по данной выборке составил $0,39 \pm 0,2$, что значительно ниже нормы (норма для мужчин – 1,24, норма для женщин – 1,00). Такой низкий показатель свидетельствует о высокой неудовлетворенности собственным телом и о значительной зависимости самооценки от удовлетворенности собственной внешностью, а также большей склонности к культурно навязанным стандартам красоты и внутреннему дискомфорту, связанному, например, со способностью контролировать свой вес (среднее значение по этому показателю 0,07). Однако среднее значение по вопросам у мужчин составило $1,28 \pm 0,16$, что незначительно превышает норму, а среднее значение по всем вопросам у женщин составило $0,2 \pm 0,08$, что значительно ниже нормы. Корреляционный анализ показал, что все показатели положительно коррелируют между собой (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,6 до 0,8) и с общим баллом опросника (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,5 до 0,8), так и с итоговым суммарным показателем ($p=0,03$). Во

всех случаях зависимость имела положительную направленность с разной степенью связи.

По шкале RSES М. Розенберга самоуважение преобладает над самоунижением у 18 человек (у 60% студентов). Наибольшее значение составляет 20 баллов, наименьшее, у студентов этой группы, 15 баллов; среднее значение $17,5 \pm 1,7$. Это означает, что испытуемые могут точно оценить свои сильные и слабые стороны, спокойно принять ошибку и сохранить чувство собственного достоинства даже в случае неудачи, но могут иметь склонность к "самобичеванию". У 12 человек (у 40% студентов) преобладает самоунижение над самоуважением. Для них характерна склонность во всем обвинять себя, видеть только свои недостатки и подчеркивать свои слабости. Наибольшее значение у юношей в этой группе по самоуважению составило 20 баллов, наименьшее значение 14 баллов, среднее значение $17 \pm 1,2$; по самоунижению наибольшее значение у юношей составило 16 баллов, наименьшее 9 баллов, среднее значение $12 \pm 3,4$. Тем самым, у всех юношей (100%) преобладает самоуважение над самоунижением. У девушек (25 человек) наибольшее значение по самоуважению составило 20 баллов, наименьшее значение 5 баллов, среднее значение $14 \pm 2,1$, по самоунижению наибольшее значение 20 баллов, наименьшее значение 8 баллов, среднее значение $13 \pm 1,8$. Тем самым, у 14 девушек (56%) самоунижение преобладает над самоуважением. При таком уровне самооценки человек ищет подтверждения своей значимости в каждом, значимом и незначимом событии, особенно в образе тела, и, как следствие, попадает в замкнутый круг самоунижения: «я плохой, потому, что мое тело не доставляет удовольствия ни мне, ни окружающим, и, наоборот, мое тело столь несовершенно, что я не могу относиться к себе с самоуважением». Корреляционный анализ показал, что показатели по самоуважению положительно коррелируют между собой (коэффициент корреляции от 0,5 до 0,8, $p=0,00036$), показатели по самоунижению положительно коррелируют между собой (коэффициент корреляции от 0,3 до 0,8, $p=1,03$), следовательно, положительная направленность, связь от умеренной до сильной. Корреляция между суммарным баллом по самоуважению и общим суммарным баллом по опроснику составил 0,3, следовательно, умеренная положительная связь. Корреляция между суммарным баллом по самоунижению и общим суммарным баллом по опроснику составила 0,4, следовательно, умеренная положительная связь.

По опроснику SIBID, где наименьший показатель соответствует отсутствию неловкости, испытываемой в различных житейских ситуациях по поводу своей внешности, тогда как наивысший показатель, наоборот, ощущение выраженной неловкости. Средний показатель, среди опрошенных, составил $1,76 \pm 0,63$. Среднее значение по юношам составило $1,275 \pm 0,09$, что незначительно превышает норму (норма для мужчин 1,17). Среднее значение по женщинам составило $2,14 \pm 0,07$, что значительно превышает норму (норма для женщин 1,80). Максимальный средний балл ($2,63 \pm 0,08$) выявлен в ситуации "Когда я вижу себя на фотографии или в видеозаписи", а также в равной степени ($2,23 \pm 0,05$) по ситуации: "Когда кто-то смотрит на те части моего тела, которые мне не нравятся" и "Когда кто-то нелестно высказывается по поводу моей внешности". Наименьшее недовольство студенты испытывают в ситуации "Во время других ситуаций досуга и отдыха", средний балл ($0,97 \pm 0,02$). Корреляционный анализ показал, что все показатели положительно коррелируют между собой (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,5 до 0,8) и с общим баллом опросника (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,6 до 0,8), так и с итоговым суммарным показателем ($p=0,05$). Во всех случаях зависимость имела положительную направленность с умеренной и сильной связями.

По тесту Спилбергера, установлено, что обследуемые испытывают высокий уровень, как ситуативной (ИСТ=49 баллов $\pm 1,9$), так и личностной (ИЛТ=49,6 баллов $\pm 0,54$) тревожности. ИСТ у мужчин составил $49 \pm 0,82$, у женщин $49,2 \pm 0,94$. ИЛТ у мужчин составил $49,5 \pm 0,3$, у женщин $49,6 \pm 0,5$. Тем самым, результаты не отличаются, как у мужчин, так и у женщин. Личностная тревожность рассматривается как сущностная индивидуально-психологическая особенность, в то время как ситуативная тревожность возникает лишь в определенных, новых или значимых ситуациях. Коэффициент корреляции между отдельными вопросами по ситуативной тревожности составил от 0,5 до 0,7, коэффициент корреляции между отдельными вопросами по личностной тревожности составил от 0,3 до 0,6, связь положительная, умеренная ($p=0,01$).

В ходе пилотажного исследования, по шкале BDI, у студентов выявлено наличие депрессивных симптомов. Средний показатель по выборке свидетельствует о наличии легкой депрессивной симптоматики ($14,3 \pm 1,4$). Среди 30 опрошенных: 11 из них (37%) не имеют депрессивной симптоматики, наименьшее значение в этой группе составило

0 баллов, наибольшее - 9 баллов, среднее значение $4,5 \pm 1,6$ (юношей в этой группе 3 человека (60%), девушек 8 человек (32%). Для 9 человек (30%) характерны симптомы легкой депрессивной симптоматики, наименьшее значение в этой группе составило 10 баллов, наибольшее - 17 баллов, среднее значение $13,3 \pm 3,2$ (юношей в этой группе 2 человека (40%), девушек 7 человек (28%). Восемь обследуемых (32%) имеет умеренную депрессивную симптоматику, наименьшее значение в этой группе составило 19 баллов, наибольшее - 28 баллов, среднее значение $23 \pm 2,1$ и два человека 2 (8%) имеют сильную депрессивную симптоматику (суммарный балл составил от 32 до 42, среднее значение 37 ± 5). Умеренную и сильную депрессивную симптоматику имеют только девушки. Корреляционный анализ показал, что все показатели положительно коррелируют между собой (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,5 до 0,9) и с общим баллом опросника (значения коэффициента корреляции варьировались от 0,6 до 0,8), так и с итоговым суммарным показателем ($p=0,00015$). Во всех случаях зависимость имела положительную направленность с умеренной и сильной степенью связи.

Полученные авторами статьи данные согласуются с ранее проведенными исследованиями Стрижева В.А. с соавт. [14], указывающими на распространенность тревожно-депрессивной симптоматики с преобладанием клинически выраженной депрессии на пятом курсе, с превалированием девушек. Похожие результаты были получены при изучении психического здоровья студентов-медиков в исследованиях Деревянных Е.В. и соавт. [15] в Красноярске и Wege N. et al. [16] в Германии.

Однако включение в настоящее исследование категории «образ тела» позволило расширить и уточнить понимание неосознаваемых предикторов дисфункциональных тревожно-депрессивных состояний в студенческом возрасте.

Выводы

Таким образом, в результате пилотажного исследования установлено, что у студентов с неудовлетворенностью образом тела отмечается высокий показатель личностной тревожности и присутствует депрессивная симптоматика. Возможно, для снижения вышеуказанных показателей могут стать групповые и индивидуальные психотерапевтические консультации, и тренинги.

Список литературы

1. Бороздина, Л. В. Концепция личности и характера, основанная на теории деятельности А.Н. Леонтьева / Л. В. Бороздина // Национальный психологический журнал. – 2015. – №. 4 (20). – С. 4-12.
2. Мартыненко, Л. А. Особенности восприятия образа собственного тела в подростковом возрасте / Л. А. Мартыненко // Современная реальность в социально-психологическом контексте-2019: матер. III Всерос. науч.-метод. конф. – 2019. – 110 с.
3. Thompson, J. K. Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation / J. K. Thompson, M. Coovert, S. Stormer // International Journal of Eating Disorders. - 1999. - №26. - P. 43-51.
4. Мухина, В.С. Возрастная психология. Феноменология развития / В. С. Мухина. – М.: Академия, 2009. – 640 с.
5. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса / Л. Фестингер. - М., 2017. – 256 с.
6. Ricciardelli, L. A. Adolescence and body image: From development to preventing dissatisfaction / L. A. Ricciardelli, Z. Yager — 1st Edition. — London: Routledge, 2015 — 250 p.
7. Фаустова, А.Г. Проблемы дефиниции и измерения нормативной неудовлетворенности телом в клинической психологии / А.Г Фаустова, Н.В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2017. - Т. 5, № 3 (18). - С. 359–380.
8. Matthiassdottir, E. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? / E. Matthiassdottir, S.H. Jonsson, A.L. Kristjansson // European Journal of Public Health. - 2012. - Vol. 22, № 1. - P. 116–121.
9. Grogan, S. Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children / S. Grogan — 3rd Edition. — London: Routledge, 2016 — 228 p.
10. Hughes, E.K. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology / E.K. Hughes, E. Gullone // Body Image. - 2011. - Vol. 8, № 3. - P. 224–231.
11. Авдюнина, Н. А. Образ тела как компонент самосознания в юношеском возрасте / Н. А. Авдюнина // Вестник ассоциации вузов туризма и сервиса. - 2016. - Т. 10, № 2. - С. 77-85.

12. Щербатых, Ю.В. Методики диагностики тревоги и тревожности – сравнительная оценка / Ю.В. Щербатых // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. - 2021. - №2. – С. 85–104.
13. Баранская, Л. Т. Методика исследования образа тела / Л. Т. Баранская, С. С. Татаурова. - Екатеринбург – Изд-во Урал. ун-та. – 2011. – 82 с.
14. Тревожно-депрессивные расстройства в медицинской студенческой среде / В.А. Стрижев, Е.О. Бойко, Л.Е. Ложникова, О.Г. Зайцева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 2 (157). – С. 126–131.
15. Частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у студентов медицинского вуза / Е.В. Деревянных, Н.А. Балашова, Р.А. Яскевич, О.Л. Москаленко // В мире научных открытий. – 2017. – Т. 9, №1. – С. 10–28.
16. Wege, N. Mental health among currently enrolled medical students in Germany / N. Wege, T. Muth, J. Li, P. Angerer // Public Health. - 2016. - №.132. - P. 92–100.

© Вершинина Т. С., Сайфетдинова Р.Р.

УДК 159.99

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Вершинина Т. С.¹, Сайфетдинова Р.Р.¹

*¹ Кафедра клинической психологии и педагогики Уральский государственный
медицинский университет Екатеринбург, Российская Федерация*

Резюме. Данная статья направлена на выявление уровня психологического благополучия студентов первого курса университета. Данная проблема обусловлена рядом причин – низкие академические достижения студентов данной категории, слабая активность интеграции в образовательный процесс, недостаточная социальная инициатива и т.д. результаты опросов показали, что студенты первого курса в основном предъявляют средний уровень психологического благополучия, высокий уровень отсутствует, небольшая часть студентов испытывает низкий уровень, что свидетельствует о необходимости системы профилактики психологического неблагополучия студентов первого курса, что оптимизирует процесс адаптации студентов к образовательной среде вуза и окажет положительное влияние на академическую успеваемость.

Ключевые слова: психологическое благополучие, студент первого курса, адаптация, вуз, профилактика

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF FIRST-YEAR MEDICAL STUDENTS

Vershinina T.S., Sayfedinova R.R.

Resume. This article is aimed at identifying the level of psychological well-being of first-year university students. This problem is caused by a number of reasons - low academic achievements of students of this category, weak activity of integration into the educational process, insufficient social initiative, etc. the results of surveys have shown that first-year students mainly present an average level of psychological well-being, there is no high level, a small part of students experience a low level, which indicates the need for a system of prevention of psychological well-being of first-year students, which will optimise the process of adaptation of students to the educational environment of the university and will have a positive impact on academic performance.

Key words: psychological well-being, first-year student, adaptation, university, prevention

Введение

Постановка проблемы. Начало обучения в вузе – этап освоения нового вида деятельности (учебно-профессиональной), что обуславливается и освоением новой социальной роли (был школьник – стал студент), осмыслением правильности выбора будущей профессии, выстраиванием профессионального образа мира, проектированием профессионального будущего. Студенты первого курса, входя в новое образовательное пространство, сталкиваются в начале процессе обучения в вузе с вызовами, обусловленными процессом адаптации к новой жизни. Проблемы обусловлены не только сменой образовательного пространства, но и столкновением с новой культурой, новыми требованиями и стандартами, иным культурным кодом, необходимостью строить новые взаимоотношения, вырабатывать другие, отличные от привычных, стратегии межличностного взаимодействия и т.д.

Все сказанное свидетельствует о том, что у студентов первого курса возникает риск снижения психологического благополучия, отсюда встает вопрос о необходимости исследования и сохранения психологического благополучия студентов первого курса. Профилактика психологического неблагополучия у студентов первого курса обусловлена важностью предотвращения стрессовых ситуаций, оказывающих негативное влияние на учебные достижения, социализацию, включение в процесс профессионализации, развитие личности будущего профессионала. Нарушение психологического благополучия у студентов первого курса имеет далеко идущие последствия. Студенты же, успешно преодолевшие стрессы адаптации, обладают более устойчивой академической активностью, способностью к социальной адаптации и личностному развитию. Формирование позитивного отношения к обучению, построение успешной образовательной траектории, высокий общий уровень благополучия в процессе обучения обуславливается снижением психологических трудностей на первом этапе обучения в вузе. Таким образом, профилактика психологического неблагополучия у студентов первого курса направлена на предотвращение стрессов и психологических трудностей, на повышение мотивации к обучению, на обеспечение академической успеваемости, на снижение риска развития

серьезных психологических расстройств, на формирование устойчивых психологических навыков, которые могут быть ценными в долгосрочной перспективе.

Цель работы

Выявить уровень психологического благополучия студентов первого курса (на примере обучающихся медицинского вуза).

Материалы и методы

Обзор литературы. По определению ВОЗ, психологическое благополучие представляет собой «состояние благополучия, в котором человек реализует свои собственные способности, может справляться с обычными жизненными стрессами, работать продуктивно и плодотворно и может вклад в его или ее сообщество» [1]. Отечественная психология рассматривает это понятие как показатель психического и психологического здоровья личности, как результат психического развития человека на всех этапах онтогенеза, «которое обеспечивает адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности» [2, с. 37].

Благополучие человека свидетельствует о положительной субъективной оценке своей жизни. С позиций гедонистического подхода (Н. М. Брэдберн, М. Е. Селигман и др.), одного из первых в зарубежной психологии, психологическое благополучие включает в себя оптимизм, смысл и цель жизни и удовлетворенность жизнью [3]. Эвдемонический подход оценивает благополучие как позитивное функционирование, мышление и отношения [4].

Психологическое благополучие можно рассматривать и на уровне субъективного / объективного. Объективное сопряжено с «ощущением личного благополучия» [5]. Субъективное благополучие [6] представляет собой отражение отношения человека к собственной личности, жизни и т.д. [7], состоит из трех компонентов – приятные эмоции, неприятные эмоции, удовлетворение (эмоциональная и когнитивная стороны самопринятия). По мнению Р.М. Шамионова, субъективное благополучие выражает собственное отношение человека к своей личности, жизни и процессам, имеющим важное для нее значение с точки зрения усвоенных нормативных представлений о «благополучной» внешней и внутренней среде и характеризующееся переживанием удовлетворенности.

Среди объективных факторов психологического благополучия отмечаются социально-экономические [8] и региональные факторы [9], психотерапевтическое сопровождение людей [10], возраст [11], удовлетворенность жизнью, социальные

связи и способность удовлетворять свои интересы. Субъективными факторами психологического благополучия могут выступать субъективные представления о состоянии здоровья [11], «уровень ментального капитала человека, гибкость и творческий характер мышления, позитивные действия и установки» [13, с. 21], физическая активность [13], отношение к образу тела [14], социально-ориентированное поведение [15].

Психологическое благополучие способствует реализации потенциальных возможностей и способностей человека. Как системное качество психологическое благополучие проявляется в переживании ценности и содержательной наполненности жизни как средства достижения социально ориентированных целей. В основе психологического благополучия как системного качества лежит психофизиологическая сохранность [16]. Таким образом, психологическое благополучие формируется в процессе жизнедеятельности как внутренние интенции человека, бессознательные и сознательные ресурсные установки (жизнеспособность, саморазвитие, самовыражение, самореализация). Отсюда ненаполненность жизни, отсутствие чувства ее ценности, нераскрытый личностный потенциал, отсутствие значимых достижений и их собственное признание, низкий уровень саморазвития и самовыражения могут указывать на психологическое неблагополучие [17].

Описание выборки. Выборку составили студенты первого курса медицинского университета: 53 чел., возрастная категория 17 - 19 лет, из них юноши – 4 чел. (7,55 %), девушки – 49 чел. (92,45 %).

Описание методов и методик. Исследование проводилось с применением методик Шкалы психологического благополучия RPWB-M, пятифакторного личностного опросника TIPI-RU и Теста жизнестойкости Мадди. Шкала психологического благополучия К. Рифф использованы для определения основных составляющих и общего показателя психологического благополучия (шкалы автономности, компетентности, личностного роста, позитивных отношений, жизненных целей, самопринятия). Пятифакторный опросник «Большая пятерка» TIPI-RU – для диагностики личности студентов первого курса (факторы нейротизма, экстраверсии, открытости опыту, дружелюбия, добросовестности). Тест жизнестойкости Мадди использован для оценки способности студентов совладать со стрессом, уровня их жизнестойкости.

Результаты и обсуждение

У студентов первого курса доминирует высокий уровень по шкале компетентность (15,1%), высокий уровень по этой шкале свидетельствует о наличии чувства мастерства и компетентности в овладении средой; человек осуществляет разнообразные виды деятельности; способен выбирать или создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей (результаты оценки психологического благополучия на основе методики Риффа представлены в табл. 1).

Таблица 1.

Результаты теста психологического благополучия Рифф

| Шкала/уровень | Высокий | | Средний | | Низкий | |
|------------------------------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Психологическое благополучие | 0 | 0,0 | 48 | 90,7 | 5 | 9,3 |
| Автономность | 1 | 1,9 | 47 | 88,8 | 5 | 9,3 |
| Компетентность | 8 | 15,1 | 43 | 81,3 | 2 | 3,6% |
| Личностный рост | 0 | 0,0 | 32 | 60,5 | 21 | 39,5 |
| Позитивные отношения | 1 | 1,7 | 39 | 73,7 | 13 | 24,6 |
| Жизненные цели | | 5,5 | 39 | 73,7 | 11 | 20,8 |
| Самопринятие | 4 | 7,4 | 36 | 68,0 | 13 | 24,6 |

По шкале личностного роста можно говорить о наличии чувств личностной стагнации (39,5%); у них отсутствует ощущение улучшения и экспансии со временем; есть чувство скуки и незаинтересованности в жизни, неспособность приобретать новые установки и способы поведения. По этому показателю выявлена тенденция только низкому или среднему уровню; высокий уровень отсутствует. Личностный рост в контексте психологического благополучия определяет развитие личности, результативное восприятие и обработку новой информации, так и ощущение личностного прогресса. В случае если личностный рост недостаточно проявлен, у индивида начинается стагнация, чувство скуки, низкая самооценка и нежелание осваивать что-либо новое. Отказ от развития может рассматриваться как форма неблагополучия. Важно выявить факторы, препятствующие развитию. Одним из факторов, влияющих на психологическое благополучие, выступают положительные отношения с окружающими, что подразумевает навык создания и поддержки

коммуникации, проявление эмпатии, установление межличностных взаимодействий и умение прийти к компромиссу в диалоге. Низкий уровень этой составляющей говорит об отсутствии навыка и желания установления коммуникации, отстраненности от других людей.

Результаты опроса по TIPI-RU показывают, что у студентов (47,3%) доминирует высокий уровень по шкале экстраверсия (результаты краткого личностного опросника TIPI-RU представлены в табл. 2). Можно предположить, что психологическому благополучию студентов способствует общительность, энергичность и стремление к обществу.

Таблица 2
Результаты краткого личностного опросника TIPI-RU (1 срез)

| Шкала/уровень | Высокий | | Средний | | Низкий | |
|----------------------------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Экстраверсия | 25 | 47,3 | 26 | 49,1 | 2 | 3,6 |
| Дружелюбие | 10 | 18,9 | 42 | 79,4 | 1 | 1,7 |
| Добросовестность | 27 | 51,0 | 19 | 35,1 | 7 | 13,9 |
| Эмоциональная стабильность | 14 | 26,2 | 24 | 45,4 | 15 | 28,4 |
| Открытость опыту | 35 | 66,2 | 17 | 32,1 | 1 | 1,7 |

Низкие показатели выявлены по шкале эмоциональной стабильности (28,4%), т.е. эмоциональная неустойчивость, частые эмоциональные колебания могут приводить к снижению психологического благополучия, повышают уязвимость к стрессам.

Тест жизнестойкости Мадди выявил у студентов первого курса высокий уровень по шкале контроля (22,5%), измеряющей уровень убежденности в своей способности контролировать события в своей жизни (табл. 3). Высокие баллы свидетельствуют о чувстве контроля и уверенности в собственных способностях.

Таблица 3

Результаты теста жизнестойкости Мадди

| Шкала/уровень | Высокий | | Средний | | Низкий | |
|----------------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Жизнестойкость | 11 | 20,6 | 27 | 51,0 | 25 | 28,4 |
| Вовлеченность | 6 | 11,2 | 36 | 68,0 | 22 | 20,8 |
| Контроль | 12 | 22,5 | 25 | 47,3 | 26 | 30,2 |
| Принятие риска | 11 | 20,8 | 35 | 66,2 | 7 | 13,0 |

В то же время именно шкале контроля выявлены и самые низкие показатели (30,2%), а также по шкале жизнестойкости (28,4%). Данные показатели оказывают влияние на уровень благополучия, а именно – на проявление психологического неблагополучия. Низкие показатели по шкале контроля говорят об отсутствии навыков управления собственной жизнью. Низкие баллы по шкале жизнестойкости свидетельствуют о неспособности человека противостоять трудностям и стрессу, противостоять сложным жизненным ситуациям.

Корреляционный анализ выявил связь отдельных шкал опросников ($p < ,05$), несмотря на потенциально низкий уровень показателей по отдельным шкалам. Так, например, тест благополучия Риффа выявлена корреляция шкал «психологическое благополучие» и «самопринятие», т.е. у студентов с низким уровнем психологического благополучия отмечается низкий уровень самопринятия. Иными словами на их благополучие непосредственно влияет принятие собственного Я, что свидетельствует о недостаточном познании человеком самого себя, заниженной самооценке, отрицательном оценивании собственных действий, непринятии личностных качеств. По тесту жизнестойкости Мадди выявлена корреляция шкалы «жизнестойкость» со шкалами «вовлеченность» и «контроль». Это может говорить о том, что на жизнестойкость студентов первого курса влияет степень вовлеченности в свою жизнь, выраженный интерес к окружающим, активное включение в учено-профессиональную деятельность. Соответственно низкая активность и слабая заинтересованность в результатах своей деятельности, сомнения в способности контролировать события в своей жизни и неуверенность в своих способностях не только свидетельствуют о низком уровне жизнестойкости, но и препятствуют осознанию наличия проблемной ситуации, преодолению жизненных трудностей и формированию конструктивного опыта преодоления проблем.

Выводы

Структурные компоненты психологического благополучия могут быть выражены в разной степени, что и определяет его уникальность для каждого человека. Как отмечает П. П. Фесенко, по своему смыслу и содержанию психологическое благополучие соотносится с экзистенциальным переживанием отношения человека к собственной жизни, «...оно, прежде всего, существует в сознании самого носителя психологического благополучия и является с этой точки зрения субъективной реальностью» [18]. Как показал анализ результатов опроса, психологическое благополучие студентов первого курса связано, в первую очередь, ориентация на внешний мир и на других людей (экстравертность/интравертность), эмоциональная стабильность, открытость новому опыту, наличие цели в жизни, вовлеченность и контроль. Как показывают исследования в данной области, психологическое благополучие может обуславливаться как объективными, так и субъективными факторами. Исследование субъективных факторов психологического благополучия студентов первого курса – на этапе вхождения в профессиональную культуру – требует более глубокого и детального изучения.

Рекомендации. С целью снижения психологического благополучия студентов первого курса (во избежание снижения академической успеваемости, с целью оптимизации процесса адаптации к условиям образовательной среды вуза) требуется создание соответствующих психолого-педагогических условий, а также разработка комплексной программы диагностики и профилактики уровня психологического благополучия студентов, а также комплекс мероприятий, направленных на адаптацию студентов первого курса обучения.

Список литературы

1. Психическое здоровье / Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Дубровина, И.В. Психологическое благополучие школьников в системе современного образования / И. В. Дубровина: Учебное пособие. – СПб., 2016. – 180 с.
3. Hernandez, R. Psychological Well-Being and Physical Health: Associations, Mechanisms, and Future Directions / S. M. Bassett, S. W. Boughton, S. A. Schuette, E.

- W. Shiu, J. T. Moskowitz // *Emotion Review*. – 2018. – Vol. 10, iss. 1. P. 18-29. doi:10.1177/1754073917697824
4. Koushede, V. Measuring mental well-being in Denmark: validation of the original and short version of Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings / V. Koushede, M. Lasgaard, C. Hinrichsen, Ch. Meilstrup, L. Nielsen, S. B. Rayce, M. Torres-Sahli, D. G. Gudmundsdottir, S. Stewart-Brown, Z. I. Santini // *Psychiatry Res*. – 2019. Vol. 271. P.502–509.
 5. Ибрагимова, Е. Н. Психологическое благополучие и жизнестойкость военных специалистов, как показатель успешности профессиональной деятельности / Е. Н. Ибрагимова, А. А. Хамзина // *Pedagogical, psychological and sociological issues of professionalization personality: Materials of the IV international scientific conference. Prague, 10-11 февраля 2018 г. – Prague, 2018. – С. 29-34.*
 6. Diener, E. Subjective well-being / E. Diener // *Psychological Bulletin*. –1984. – № 95. – P. 542–575.
 7. Шамионов, Р.М. Субъективное благополучие и ценностно-смысловые образования личности в профессиональной сфере / Р.М. Шамионов // *Известия Саратовского ун-та. – 2006. – Т. 6. – С. 104–109.*
 8. Li, L. W., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18-month longitudinal study / L. W. Li, M. M. Seltzer, J. S. Greenberg // *Psychology and Aging*. – 1999. – Vol.14, iss. 2. P. 206–219. URL: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.2.206>
 9. Plaut, V. C. Place matters: Consensual features and regional variation in American well-being and self / V. C. Plaut, H. R. Markus, M. E. Lachman // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2002. – Vol. 83, iss. 1. P. 160–184. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.160>
 10. Fava, G. A. Well-being therapy: conceptual and technical issues / G. A. Fava. *Psychother Psychosom*. – 1999. – Vol. 68, iss. 4. P. 171-179. doi: 10.1159/000012329. PMID: 10396007.
 11. Sabik, N.J. Ageism and body esteem: associations with psychological well-being among late middle-aged African American and European American women / N. J. Sabik // *Journals of Gerontology. Ser. B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 2015. – Vol. 70, iss. 2. P. 189-199. doi: 10.1093/geronb/gbt080. 3

12. Вершинина, Т.С., Власова Е.В. Телесные признаки снижения психологического благополучия / Т. С. Вершинина, Е. В. Власова // Живая психология. – 2022. – Т. 9, № 1. – С.19–27.
13. Fernandes, H. M. Frequency of sports participation, body image satisfaction and psychological well-being: Gender differences among vocational students / H. M. Fernandes, L. Almeida // JHSE Supplementary Issue: International Seminar of Physical Education, Leisure and Health. – 2019. – Proc.4, vol. 14. – P.1290–1293.
14. Carr, D. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States / D. Carr, M. A. Friedman // Journal of Health and Social Behavior. – 2005. – P.244–259. DOI: 10.1177/002214650504600303
15. Huppert, F. A. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences / F. A. Huppert // Applied psychology: health and well-being. – 2009. – Vol.1, iss.2. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
16. Воронина, А.В. Уровневая модель психологического благополучия человека / А.В. Воронина // Потенциал личности: комплексная проблема: Материалы второй Всероссийской конференции / Отв. ред. Е.А. Уваров. – Тамбов, 2003. – С. 29–32.
17. Hall, J. A Framework to Measure the Progress of Societies: OECD Statistics Working Papers / J. Hall, E. Giovannini, A. Morrone, G. Ranuzzi. OECD Publishing, 2010 doi.org/10.1787/5km4k7mnrkzw-en
18. Фесенко, П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: дис... канд. психол. наук / П.П. Фесенко. – М., 2005. – 206 с.

**ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Курбет И.А.¹, Пролиско А.И.¹, Казанцева А.В.¹

*¹ Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
Екатеринбург, Россия.*

Резюме. *Введение.* Болезни системы кровообращения остаются ведущей причиной в структуре смертности из-за прямой зависимости от образа жизни, приверженности к сбережению здоровья человека, наследственности и доступности медицинской помощи. Наибольшую долю смертей (55%) составляют случаи острого коронарного синдрома. *Цель* – оценить временную доступность специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС на примере городской больницы с кардиологическим отделением. *Материалы и методы.* Проведен анализ статистических данных: показателей смертности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в Российской Федерации и Свердловской области с 2017 по 2021 год на основе данных Федеральной службы государственной статистики, на базе городской больницы г. Екатеринбурга проведено ретроспективное исследование на основании выкопировок из первичной медицинской документации, в картах стационарного пациента были выделены и проанализированы критерии: время от начала эвакуации пострадавшего бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) до приезда в стационар, время от приезда в приёмный покой до осмотра кардиологом, от начала осмотра врача до установления окончательного клинического диагноза, время от подтверждения диагноза до оперативного вмешательства, срок пребывания в стационаре, а так же направление на долечивание. *Результаты и их обсуждение.* Динамика показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Свердловской области имела волнообразный характер с ежегодным повышением и дальнейшим снижением, пик так же наблюдался в 2020 году (746). Объем терапии, проводимый на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи, соответствовал требованиям Приказа 352-п. На примере городской больницы по данным приёмного и кардиологического отделения сроки оказания помощи

соответствуют стандартам, лишь время от выезда с адреса вызова БСМП до приезда стационар не укладывается в норматив на 2 минуты. После стационарного лечения лишь 5% были направлены на долечивание в ГАУЗ Со «Центр медицинской реабилитации Озеро Чусовское». *Выводы.* Бригады СМП оказывают медицинские услуги пациентам с диагнозом ОКС в полном объеме, но не укладывается в нормативное время на 2 минуты; городская больница г.Екатеринбурга работает согласно всем нормативным документам и укладывается в поставленные сроки, установленные Приказом от 28 февраля 2022 года N 352-п.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, доступность медицинской помощи, кардиологическое отделение, скорая медицинская помощь, динамика показателя смертности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, маршрутизация.

ASSESSMENT OF THE AVAILABILITY OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Kurbet I.A.¹, Prolisko A.I.¹, Kazantseva A.V.¹

*¹ Department of Public Health and Healthcare
Ural State Medical University of the
Ministry of Health of the Russian Federation
Yekaterinburg, Russia*

Summary. *Introduction.* Diseases of the circulatory system remain the leading cause in the structure of mortality due to direct dependence on lifestyle, commitment to saving human health, heredity and availability of medical care The largest proportion of deaths (55%) are cases of acute coronary syndrome. The aim is to evaluate the temporal availability of specialized medical care for patients with ACS on the example of a city hospital with a cardiology department. *Materials and methods.* We analyzed statistical data: mortality and morbidity rates of cardiovascular diseases (CVD) in the Russian Federation and Sverdlovsk region from 2017 to 2021 based on the data of the Federal State Statistics Service, a retrospective study was conducted on the basis of the city hospital of Yekaterinburg on the basis of excerpts from primary medical documentation, the following criteria were identified and analyzed in the cards of an inpatient: time from the beginning of evacuation of the victim by an emergency medical team (EMT). *Results and their discussion.* The dynamics of the mortality rate from cardiovascular diseases in the Sverdlovsk region had a wavy

character with an annual increase and further decrease, the peak was also observed in 2020 (746). The volume of therapy carried out at the pre-hospital stage by ambulance brigades met the requirements of Order 352-p. On the example of the city hospital, according to the data of the emergency room and cardiology department, the terms of care correspond to the standards, only the time from departure from the BSMP call address to the arrival of the inpatient department does not meet the standard by 2 minutes. After inpatient treatment only 5% were sent for follow-up treatment in the State Autonomous Establishment of So "Medical Rehabilitation Center Lake Chusovskoye". *Conclusions.* The ambulance crews provide medical services to patients diagnosed with ACS in full, but do not meet the standard time by 2 minutes; the city hospital of Yekaterinburg works in accordance with all regulatory documents and meets the deadlines set by the Order of February 28, 2022 N 352-p.

Keywords: acute coronary syndrome, accessibility of medical care, cardiology department, emergency medical care, dynamics of mortality and morbidity of cardiovascular diseases, routing.

Введение

Не смотря на то, что в Российской Федерации с 2012 по 2021 гг. установлено стабильное снижение показателей смертности от болезней системы кровообращения (БСК), в том числе от инфаркта миокарда на 23% с 47,1 случаев на 100 тыс. населения в 2012 году до 38,27 случаев на 100 тыс. населения в 2021 году. Болезни системы кровообращения оставались весь анализируемый период ведущей причиной в структуре общей смертности, составляя $46 \pm 3\%$ вследствие прямой зависимости от образа жизни, приверженности к сбережению здоровья человека, наследственности и доступности медицинской помощи [1,2].

Наибольшую долю смертей среди класса БСК составляют случаи острого коронарного синдрома (ОКС) - 55% на 2020 год. Термин ОКС обозначает любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС) [3]. Диагноз ОКС используется, когда диагностической информации еще недостаточно для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде и, следовательно, представляет собой предварительный диагноз в первые часы и сутки заболевания [4,5]. Для больного с развивающимся ОКС важно как можно раньше начинать лечебные мероприятия, поэтому ведущим звеном является этап оказания скорой медицинской

помощи, доступность которой определена в территориальных программах государственных гарантий (ТПГГ). Скорая медицинская помощь больным при ОКС оказывается фельдшерами и врачами бригад скорой медицинской помощи (БСМП), которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний, в том числе с проведением тромболизиса, и в соответствии с региональной маршрутизацией пациент доставляется в региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом или другую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными сердечно-сосудистыми заболеваниями [4,6]. Операцией выбора при ОКС является проведение коронароангиографии и чрескожного коронарного вмешательства не позднее 48 часов от начала болевого приступа и не позднее 24 часов после проведения тромболизисной терапии в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями [7,5]. Но субъектах Российской Федерации исходя из географических особенностей на основе своих действующих порядков и региональных программ имеются свои особенности оказания помощи.

Цель работы

Оценить временную доступность скорой и специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС на примере городской больницы с кардиологическим отделением г. Екатеринбурга.

Материалы и методы

Проведен анализ статистических данных: показателей смертности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в Российской Федерации и Свердловской области с 2017 по 2021 год на основе данных Федеральной службы государственной статистики [3].

На базе городской больницы г. Екатеринбурга проведено ретроспективное исследование на основании выкопировок из первичной медицинской документации - 100 карт стационарного больного отделения кардиологии из которых 85% составили лица мужского пола, 15% - женского. Средний возраст пациентов составил $64,5 \pm 4$ года. 92% пациентов, попавших в выборку, относились к социальной группе пенсионеров.

В картах стационарного пациента были выделены и проанализированы критерии: время от начала эвакуации пострадавшего БСМП до приезда в стационар, время от приезда в приёмный покой до осмотра кардиологом, от начала осмотра врача до

установления окончательного клинического диагноза, время от подтверждения диагноза до оперативного вмешательства, срок пребывания в стационаре, а также направление на долечивание.

Для статистического анализа данных использовалась программа Microsoft Excel 2013. Проведена оценка достоверности величин, рассчитан t-критерий Стьюдента, значения приняты как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Динамика показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Свердловской области (СО) имела волнообразный характер, пик наблюдался в 2020 году (746 на 100000 населения). За период с 2017 к 2019 году показатель снизился на 1,3%, а в сравнении 2017 г. к 2021 г. увеличился на 8% ($P < 0,05$). В Российской Федерации пик смертности был выявлен в 2020 г (620 на 100000 населения). Установлено снижение уровня смертности от БСК 2017 к 2019 гг. на 3%, а 2017 к 2021 гг. показатель увеличился 4,8% (рис. 1). [3,8].

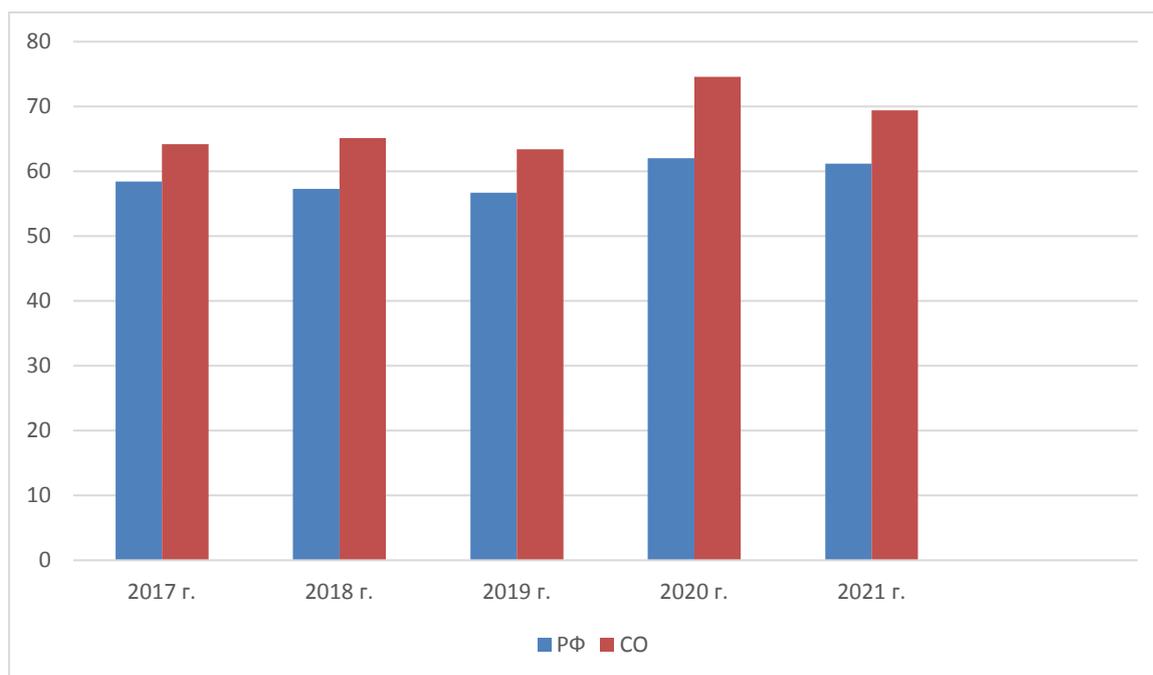


Рис. 1. Динамика уровня смертности от БСК на 100000 населения

Показатель заболеваемости БСК по СО за весь анализируемый период превышал среднероссийские значения (рис. 2). Пик заболеваемости от сердечно-сосудистых заболеваний в Свердловской области наблюдался в 2020 году (784 на 1000 населения). Уровень с 2017 к 2019 году снизился на 59,1%, а с 2017 к 2021 уменьшился на 58,6%. В Российской Федерации пик заболеваемости был выявлен в 2019 г (513 на

1000 населения). Установлен рост показателя заболеваемости БСК 2017 к 2019 гг. на 9,1%, а 2017 к 2021 гг. показатель снизился на 5,3%.

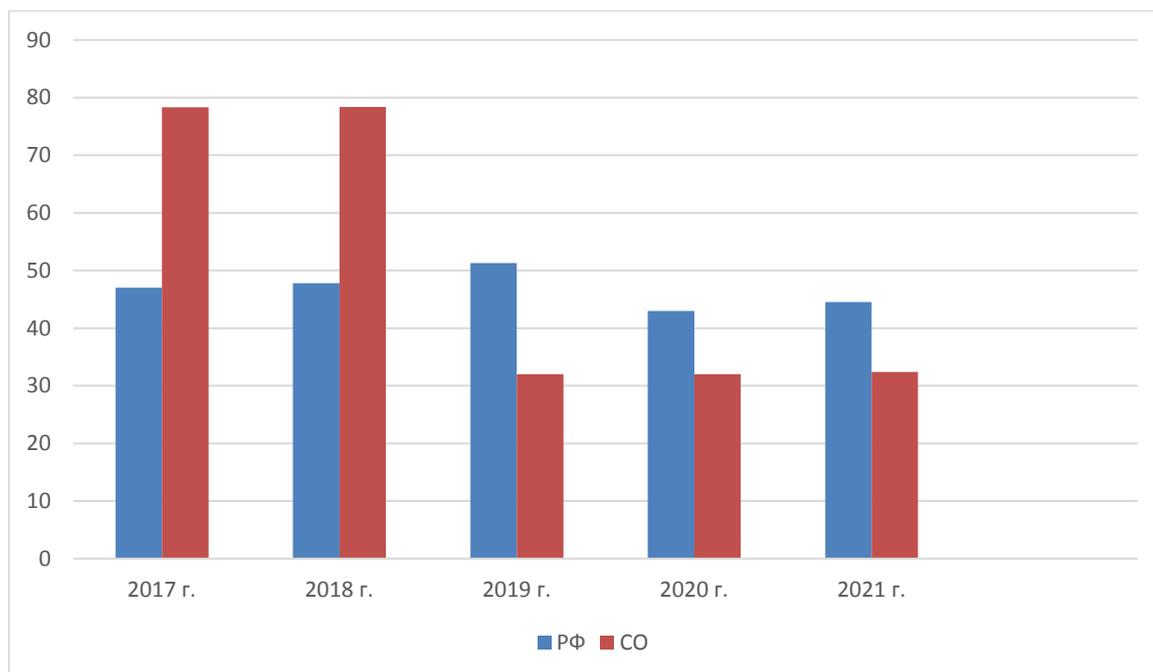


Рис. 2. Динамика показателя заболеваемости от БСК на 1000 населения

Уровень показателей смертности и заболеваемости от БСК в СО демонстрируют менее благополучную ситуацию, чем в РФ, в связи с чем мы решили провести выборочное исследование по оценке временной доступности скорой и специализированной медицинской помощи в стационаре городской больницы пациентам с диагнозом ОКС в крупном промышленном городе.

На догоспитальном этапе врач (фельдшер) бригады СМП посредством дистанционных методов телекардиометрии в экстренном порядке передают запись ЭКГ в региональный сосудистый центр (РСЦ) для последующей расшифровки и консультации. По результатам консультации определяется лечебная тактика и выполняется медицинская эвакуация пациента в медицинскую организацию согласно схемам маршрутизации, утвержденными действующим Приказом по маршрутизации [6]. По Екатеринбургу основными кардиологическими центрами являются СОКБ№1, ГКБ№40, МО «Новая Больница» [6].

На этапе СМП основная задача - купирование болевого синдрома. Проанализировав данные учетной формы N 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» было установлено, что объем терапии, проводимый бригадами СМП, соответствует требованиям Приказа Министерства здравоохранения 352-п. [9].

Было проанализировано время от начала эвакуации пострадавшего бригадой скорой медицинской помощи до приезда в стационар, время от приезда в приёмный покой до осмотра кардиологом, время от начала осмотра врача в приёмном покое до установления окончательного клинического диагноза, время от подтверждения диагноза до оперативного вмешательства, срок пребывания в стационаре, а так же направление на долечивание по данной нозологической единице стационара г. Екатеринбурга и соотнесено с нормативной документацией (Приказ от 28 февраля 2022 года N 352-п «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца на территории Свердловской области»). Данные представлены в таблице 1, где полученные данные - средние величины, рассчитанные на 100 пациентов.

*Таблица 1**Сроки оказания медицинской помощи пациентам стационара*

| Показатель | Полученные данные | Нормативные данные |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Время от начала эвакуации пострадавшего бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) до приезда в стационар (мин) | 22±4 | 20 |
| Время от приезда в приёмный покой до осмотра кардиологом (мин) | 3±5 | “немедленно” |
| Время от начала осмотра врача в приёмном покое до установления окончательного клинического диагноза (мин) | 5±3 | 10 |
| Время от подтверждения диагноза до оперативного вмешательства (мин) | 6±4 | 60 |
| Срок пребывания в стационаре (дни) | 6 | 6 |

На примере городской больницы по данным приёмного и кардиологического отделения сроки оказания помощи соответствуют стандартам, лишь время от начала выезда машины БСМП с адреса пострадавшего до приезда в стационар не укладывается в норматив на 2 минуты. Показатель времени от начала осмотра врача в приёмном покое до установления окончательного клинического диагноза выше в 2

раза, чем утверждённое время, время от подтверждения диагноза до оперативного вмешательства быстрее на 54 минуты. Все пациенты выписаны с улучшением состояния.

После стационарного лечения лица, перенесшие ИМ, направляются на медицинскую реабилитацию, согласно Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.01.2021 N 80-п «О порядке проведения медицинской реабилитации пациентов, перенесших острые заболевания, неотложные состояния и хирургические вмешательства, в системе здравоохранения Свердловской области», но по результатам нашего исследования было направлено 5% в ГАУЗ СО «Центр медицинской реабилитации Озеро Чусовское», и преимущественно направление получали пациенты, нуждающиеся в листках нетрудоспособности возрастом до 55 лет [11]. Остальным лицам показано наблюдение кардиолога по месту жительства согласно Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.01.2021 N 80-п «О порядке проведения медицинской реабилитации пациентов, перенесших острые заболевания, неотложные состояния и хирургические вмешательства, в системе здравоохранения Свердловской области», с возможностью направления на санаторно - курортное лечение после амбулаторного этапа.

Выводы

1. Бригады СМП оказывают медицинскую помощь пациентам с диагнозом ОКС в полном объёме, но не укладывается в нормативное время в среднем на 2,4 минуты.
2. Городская больница г. Екатеринбурга работает согласно всем нормативным документам и укладывается в поставленные сроки, установленные Приказом от 28 февраля 2022 года N 352-п.

Список источников

1. Савина А.А., Фейгинова С.И. Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения российской федерации в 2007-2019 гг. // ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия. 2021.
2. Atwood J. Management of Acute Coronary Syndrome. //Emergency Medicine Clinics of North America. 2022; P 693-706.
3. Федеральная служба государственной статистики. <https://rosstat.gov.ru/>

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями" (с изменениями и дополнениями)».
5. Клинические рекомендации. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы.2020.
6. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 16 августа 2018 г № 1399 -п «О маршрутизации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями Свердловской области».
7. Приказ от 12 февраля 2019 года N 238-п «Об организации медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца и проводимости на территории Свердловской области».
8. Динамика смертности от инфаркта миокарда в Российской Федерации, Северо-Западном Федеральном округе и Калининградской области за 10-летний период с 2012 по 2021 г.
9. Приказ Министерства здравоохранения от 28 февраля 2022 года N 352-п «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца на территории Свердловской области».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №388 от 20 июня 2013 года «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»
11. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.01.2021 N 80-п «О порядке проведения медицинской реабилитации пациентов, перенесших острые заболевания, неотложные состояния и хирургические вмешательства, в системе здравоохранения Свердловской области».

© Елькин И.О.

УДК 316.454.3

ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Елькин И.О.¹

¹ *Кафедра клинической психологии и педагогики Уральский государственный медицинский университет Екатеринбург, Российская Федерация*

Резюме. Навыки эффективной коммуникации играют огромную роль не только в повседневной, но и в профессиональной жизни. Научившись говорить миллионы лет назад, мы так и не научились коммуницировать друг с другом. Цель статьи – осветить проблемы коммуникации врача и пациента при амбулаторном и стационарном оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: проблемы коммуникации, эмпатия, газлайтинг, агрессия, доверие.

PROBLEMS OF COMMUNICATION BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT WHEN PROVIDING CARE IN OUTPATIENT AND INPATIENT SETTINGS

Yelkin I.O.¹

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

Resume. Effective communication skills play a huge role not only in everyday life, but also in professional life. Having learned to speak millions of years ago, we have not learned to communicate with each other. The purpose of the article is to highlight the problems of communication between a doctor and a patient in outpatient and inpatient medical care.

Keywords: communication problems, empathy, gaslighting, aggression, trust.

Введение

Состояние российского здравоохранения в последнее время привлекает внимание не только специалистов, экспертного сообщества, но и средств массовой информации и населения. В центре этого внимания часто оказывается проблема взаимоотношений врача и пациента. В последние полтора десятилетия растет уровень запросов и

ожиданий населения к качеству лечения, при этом реальная практика часто не соответствует уровню ожиданий.

Навыки эффективной коммуникации играют огромную роль не только в повседневной, но и в профессиональной жизни. Кроме того, они являются основой любой медицинской консультации [1]. Мы встречаем пациента приветствием, узнаем о его проблемах, комментируем диагностический процесс, разъясняем результаты исследования и проводим инструктаж по дальнейшей диагностической и терапевтической схеме. В завершение мы прощаемся с пациентом, убедившись в его удовлетворенности.

Каждый человек умеет говорить и ошибочно считает, что этого, при наличии достаточного уровня медицинских знаний, с избытком хватает, чтобы успешно выполнять свои профессиональные обязанности. Но мы заблуждаемся. Исследователи утверждают, что одного лишь опыта для эффективной коммуникации недостаточно. Проведение обучающих занятий, направленных на развитие коммуникативных навыков, помогает снизить уровень стресса и эмоционального выгорания даже в такой психологически трудной медицинской специальности, как паллиативная помощь. При этом навыки коммуникации, которым учат на дисциплинах в колледже или высшей школе, далеко не всегда применяются в практической деятельности [2].

Многочисленность исследований навыков коммуникации, их разнонаправленность – все это свидетельства довольно неприятного факта: научившись говорить миллионы лет назад, мы так и не научились коммуницировать друг с другом. Путая термины «общение» и «коммуникация», пациент уверен, что прием врача должен длиться часами, ссылается в оправдание своей компетентности на открытые источники информации, уверяя, что знает о проблемах медицины и своего заболевания все или чуть меньше.

При этом наш среднестатистический пациент уверен в следующем:

1. Государство гарантирует ему качественную медицинскую помощь во всех медицинских учреждениях страны, причём бесплатно. При этом что такое «качественная медицинская помощь» - средний пациент не представляет от слова «совсем», равно каким образом эта медицинская помощь финансируется.
2. Пациент честно платит налоги, а раз он платит налоги, то ему должны и все, и всё, и сразу, и очень хорошо.

3. Во всех медицинских учреждениях страны его ждут с распростёртыми объятиями, и именно с ним будут заниматься в первую очередь, создадут все условия и обязательно вылечат.

4. Никаких объективных трудностей в медицинских учреждениях страны (нехватки кадров, койко-мест, лекарств и т.п.) не существует, а если и существует – то его они касаться никак не должны.

5. Если его полечат плохо, причём плохо – это, по мнению исключительно самого пациента, то пациент имеет полное право наказать виновных и потребовать компенсации за его нравственные и физические страдания.

Цель работы

Изучить проблемы коммуникации врача и пациента при амбулаторном и стационарном оказании медицинской помощи.

Материалы и методы

Исследование проводилось путем интервьюирования 55 врачей и 99 пациентов после проведенной медицинской консультации в мае-июле 2023 года в медицинских организациях государственной собственности в отделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Проинтервьюировано: 30 респондентов (55%) - врачи стационара, 25 респондентов (26%) врачи амбулаторной помощи. Среди пациентов: 46 пациентов (45%) – пациенты, которым была оказана помощь в стационаре, 53 (55%) консультированы в амбулаторных условиях.

Результаты и обсуждение

При опросе врачей наибольшей проблемой, мешающей высокой оценке уровня удовлетворенности консультативным взаимодействием с пациентом, оказалась неправильная организация рабочего дня. Так же низкую оценку получил факт достижения взаимопонимания по результатам консультации с пациентом и установления надежных партнерских отношений в лечебной стратегии. Неудовлетворенность в этих вопросах высказали 42 врача (72 %).

Какие аспекты не нравятся врачам в общении с пациентами?

Когда пациент грубит и хамит (с такой ситуацией столкнулись 20 врачей из опрошенных, 36%)

В какой бы роли вы ни были — врача или пациента, — да и вообще в любом другом месте и профессии, грубое и неуважительное поведение сразу считывается. Иногда

пациенты относятся к врачам как к обслуживающему персоналу. Бывают, откровенно хамят, нецензурно выражаются. К неуважению можно отнести и опоздания, которые отнимают время не только у врача, но и у других пациентов.

Заходить с порога и сразу кричать и ругаться пациент вряд ли будет, хотя и такие случаи во врачебной практике случаются. Но врач может даже, не являясь причиной раздражения, попасть под горячую руку. Когда приходит такой «заряженный» пациент, бывает трудно совладать с эмоциями и продолжать проявлять эмпатию. Пациентам важно стараться оставить все пререкания, убеждения и стереотипы за стенами кабинета, чтобы позволить врачу в спокойной обстановке сосредоточиться на главном — на лечении.

Пример. Пенсионерка устроила дебош в больнице — досталось даже охранникам. 70-летняя женщина из Магадана разгромила всё на своём пути, избила ТРОСТОЧКОЙ сотрудников ЧОПа и уличила одного из них в импотенции. И всё из-за того, что её не принял кардиолог без талона и вне очереди. При этом со стороны персонала все было сделано для того, чтобы обезопасить себя юридически – свидетели, видеофиксация, соответствующая запись в медицинской документации. Безусловно, у пациента есть право жаловаться, но и у врача есть право предъявить претензии, а вот администратор этой больницы, выложила в сеть это видеоизображение – вирусное видео до сих пор находится в сети и порочит репутацию конкретного врача и учреждения в целом – имела ли на это основания?

Эксперты Национальной медицинской палаты констатируют, что, несмотря на увеличивающееся число оскорблений врачей со стороны пациентов первые редко доводят дело до суда, и количество судебных процессов по-прежнему невелико. Врачи, отмечают эксперты, даже не пытаются реализовать свои права по защите профессиональной репутации. Таким образом, получается, что со стороны пациентов агрессия, неуважение и грубость по отношению к врачу становятся едва ли не нормой поведения [3].

Первопричинами агрессии пациентов могут быть различные факторы, включая длительное ожидание, недостаточную информированность о своем заболевании, разочарование в предоставленных медицинских услугах или проблемы с финансовым положением. Врачи также могут сталкиваться с агрессией со стороны пациентов из-за неудовлетворенности качеством предоставленной медицинской помощи или недостаточной коммуникации между врачом и пациентом.

Бороться с проблемой агрессии пациентов в отношении врачей можно путем улучшения коммуникации и понимания между врачами и пациентами. Врачи должны быть более внимательными к потребностям пациентов, проявлять эмпатию и демонстрировать интерес к их проблемам. Пациентам, в свою очередь, следует стараться выразить свои требования и ожидания в отношении предоставляемой медицинской помощи.

Для улучшения ситуации необходимо также повысить осведомленность пациентов о своих правах и обязанностях в рамках медицинского взаимодействия, а также ожиданиях, которые они могут иметь от медицинского персонала. В вышеизложенной истории подобные рекомендации вряд ли бы стали особенно эффективны. Здесь к изложенным причинам присоединяются еще и сенильные проблемы с психикой.

В целом, проблема агрессии пациентов в отношении врачей требует комплексного подхода и сотрудничества со стороны всех участников медицинского процесса. Только совместными усилиями можно смягчить напряженность и создать условия для взаимного уважения и понимания между врачами и пациентами.

Учит врача (испытали на себе 15 опрошиваемых докторов, 27%)

В идеальном мире медицины отношения между врачом и пациентом основываются на равенстве. Пациент доверяет доктору, а он на основе своего опыта и последних качественных исследований назначает лечение.

Информационная активность пациента и беспрепятственная на сегодня доступность медицинских знаний приводят к ситуации, когда пациент, начитавшись статей, форумов, блогов в Интернете приходит на прием с самостоятельно поставленным диагнозом и списком тех лекарств, которые ему надо выписать. Есть пациенты, уверенные, что врачи связаны коммерческими отношениями с фармацевтическими компаниями, «имеют план и процент от продажи дорогих лекарств».

Некоторые пациенты склонны к мистическому мышлению. Верят в чипирование или что их кто-то сглазил. Причем люди могут не говорить об этом напрямую, но требуют от врача назначений, которые бы развеяли их подозрения. Один требует УЗИ из-за банального спазма в животе, другой — МРТ, потому что у Жанны Фриске был рак мозга...

Но бывают посетители медучреждений, которые начитались информации о своей болезни и способах лечения в интернете, увидели на ТВ или услышали от коллег, родственников или соседей. Они считают, что этого достаточно, чтобы разобраться в

медицине, ставить себе диагноз и назначать лечение. Между «доверять врачу» и «поучать врача» они выбирают последнее. Например, такие пациенты требуют назначить те лекарства, которые, по их мнению, им необходимы, хотя на самом деле не являются таковыми.

Угрожает жалобами (столкнулись 10 врачей, 18%, без крайних вариантов, с угрозами жизни и здоровью)

Тот тип пациентов, который считает, что все им обязаны. Это те, кто с порога заходит и говорит: «Я вас здесь всех засужу!» В этой ситуации даже не врачей нужно жалеть, а самих таких посетителей. Этот пациент изначально приходит не за помощью, а за острыми ощущениями, так как его жизнь скучна и однообразна.

Либо другой вариант: пациент просто изначально не понимает, что такое общение ему никак не поможет, но привык так коммуницировать в целом со всеми: родственниками, представителями государственных органов или даже с незнакомыми людьми в общественном транспорте.

Наиболее частые противоправные действия пациентов:

физическая агрессия (нападение с целью причинения физических повреждений, взятие в заложники, натравливание собак);

психологическая (высказывание угроз, оскорблений, требование ввести то или иное лекарственное средство (в т. ч. наркотическое), клевета, унижение чести и достоинства медицинского работника;

ложные обвинения в недобросовестном оказании медпомощи;

обвинения в сексуальном домогательстве.

И вот история по последнему поводу. Девушка требует у врача выдать ей больничный лист, причем – задним числом, без всяких на это медицинских оснований. И в качестве аргумента угрожает доктору подать на него заявление в полицию о том, что он хватал ее на приеме за колени и делал ей непристойные предложения в качестве оплаты за больничный лист. Спасло наличие камеры на стене (как позже выяснилось - отключенной в тот момент).

Для защиты чести и достоинства врачу, столкнувшемуся с оскорблениями и угрозами, рекомендуется:

1. Собрать вокруг себя как можно большее число свидетелей. Лучше, если это будут случайные прохожие, другие пациенты.

2. Записать разговор с агрессором на диктофон (или же снять на камеру телефона). Делать это необходимо открыто, озвучив свое намерение защитить права и собрать доказательства правонарушения.

3. Обратиться с заявлением в полицию. Не важно, приедет ли она. При разборе дела в суде имеет значение сам факт обращения. Позвонив, необходимо представиться, назвать должность, озвучить факт правонарушения по статье 5.61 КоАП РФ и указать на виновное лицо. Как гласит статья 5.61 КоАП РФ, «оскорбление, то есть унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме» влечет наложение административного штрафа на граждан - от 1 до 3 тысяч рублей, на должностных лиц - от 10 до 30 тысяч, на юридических лиц - от 50 до 100 тысяч рублей.

4. Внести соответствующую запись в медицинскую документацию и письменно проинформировать об инциденте своего руководителя.

Крайняя степень агрессии пациента в отношении врача – причинение телесных повреждений.

Ответственность граждан за нанесение побоев и совершение насильственных действий в зависимости от тяжести причиненного вреда здоровью регулирует ст. 6.1.1. КоАП РФ «Побои», ст. 115 «Умышленное причинение легкого вреда здоровью» и ст. 116 УК РФ «Побои». В качестве наказания предусмотрен штраф, исправительные работы, лишение свободы.

Чтобы отстоять свои права, пострадавшему врачу необходимо:

1. Зафиксировать побои. Сфотографируйте повреждения, письменно уведомьте руководство об инциденте и отправляйтесь в ближайший травмпункт.

2. Обратиться с заявлением в правоохранительные органы. Укажите дату, место, время и обстоятельства случившегося, факт совершения иных насильственных действий, причинивших физическую боль, просьбу о проведении проверки и возбуждении уголовного дела по ст. 116 УК РФ в отношении виновных лиц. Приложите к заявлению копию заключения травматолога и иных медицинских документов. При отказе в возбуждении дела обратитесь в прокуратуру и мировой суд.

3. Придать случившееся огласке СМИ.

4. Написать на имя руководителя заявление о факте несчастного случая на производстве.

Пациент обесценивает труд врача (7 респондентов, 13%)

С обесцениванием со стороны пациентов в основном сталкиваются врачи-терапевты, педиатры, то есть та категория, которая чаще других взаимодействует с посетителями медучреждений.

Пациенты-газлайтеры считают, что врач — это прислуга, которая обязана: в государственной поликлинике, потому что налоги платим, а в частной, потому что деньги платим. Узнать этого персонажа можно по характерным фразам: «Да что там можно так долго делать? Чего сложного: сидите и бумажки подписываете! Только чай гоняете тут! Примите меня без очереди, здесь буквально пять минут, что вам, сложно?» Любая профессия — это труд. А врач, чтобы хотя бы просто устроиться на работу, должен был отучиться как минимум восемь лет. Уже это заслуживает уважения. Врач должен это понимать и оставаться нейтральным по отношению к игре «идеализация/обесценивание». В данном случае перед нами не проблема врача, а проблема пациента.

Вот пример такой газлайтерши (показ записи с камеры, установленной в кабинете врача).

Врач посмотрел на часы и сказал медсестре: «Ну, все, прием окончен, можете идти, а я еще с карточками посижу». Медсестра собралась и ушла, экран затемнился, титры «Прошло 15 минут», после чего опять появилась картинка с камеры видеозаписи. Дверь распахнулась, в кабинет ворвалась дама с ухоженной внешностью, плюхнулась на стул и заявила:

- Бюллетень продлите! Я – Федотова, у нас бронхит!
- С какой стати? – поинтересовался врач, не отрываясь от заполнения бумаг.
- Как почему? Это же Ваша работа!
- И что? – спросил врач, продолжая заполнять какие-то статформы.
- Ну, это же Ваша работа! Вам, между прочим, деньги за работу из моего кармана платят! Так что то, что Вы ее не выполняете, это у меня деньги воруете! Грабитель! А еще клятву Гиппократу давал!
- Но ведь прием уже закончен.
- Ну и что? Вы же тут сидите, Вам же все равно! И вообще, мне бюллетень положен!
- Во-первых, бюллетень без осмотра давать нельзя. Во-вторых, это не я, а Вы грабитель.
- Кого я это граблю?

- Государство и работодателя. Бюллетень зачем дают?
- Как зачем? Болеть!
- Не болеть, а лечиться. Выполнять предписания врача. Ходить на прием.
- Я на Вас жаловаться буду!

- С огромным интересом жду разбора Вашей жалобы. Особенно в комиссии по несовершеннолетним. Ваша обязанность – следить за лечением своего ребенка, а Вы его даже на прием не привели! Федотова, говорите? Вот, действительно, в карточке записано, что у ребенка бронхит, выдан бюллетень по уходу. Видите – записываю: «На прием не явилась, пришла по окончании приема без ребенка. Предупреждена об ответственности за невыполнение рекомендаций врача».

Если возвратиться в этике, уместно вспомнить, что пациент имеет право быть каким угодно: грязным, вредным, глупым, безответственным, надменным, – любым. Если он угрожает врачу физически, нужно вызвать охрану. А во всех остальных случаях от врача требуются понимание, принятие и помощь. Ни один врач в здравом уме не скажет, что он имеет право отвернуться и уйти, если от пациента, который нуждается в помощи, например, дурно пахнет. Такие заявления – либо признак выгорания, либо неправильная исходная установка. Но точно так же врач не может отказываться от пациента, если у пациента есть какие-то мысли и идеи, которые врачу не нравятся. Он должен относиться к этому как к дополнительной сложности в лечении, такой же, например, как неправильное строение гортани или аномальное расположение сердца. И это не так сложно, как кажется.

Какие сложности при общении с врачом озвучивают пациенты?

В ходе проведенного интервьюирования удалось выявить ряд проблем, возникающих у пациента при коммуникативном взаимодействии с врачом и являющихся серьезными предикторами неблагоприятного течения и исхода лечебного процесса: нарушение временных рамок приемов, неправильный выбор приоритетной темы консультации и потребностей пациента, неуместность использования терминов и формулировок, отсутствие консенсуса и партнерства между врачом и пациентом, труднопереносимый медицинский юмор и, наконец, скомканный финал общения.

В итоге перечисленные предикторы понятны, и есть возможности их преодоления. А вот про врачебный юмор и его последствия хотелось бы сказать отдельно.

Юмор в компании, на работе или семье — это замечательное средство поднять настроение себе и окружающим. Доказано, что к людям, с искрометным чувством

юмора, тонко подмечающим смешные моменты, тянутся окружающие. Общаясь с тем, кто весело шутит, можно надолго зарядиться позитивом, хорошим расположением духа, разогнать тоску и апатию.

А вот ехидство и токсичные шутки плохо кончаются. Лермонтов тоже потешался и издевался над другим офицером. И офицер Лермонтова застрелил на дуэли, вот и все. Без всяких остроумных ответов или психологических приемов. Прежде, чем кого-то осудить или высмеять, подумайте, что вам это вернется. Приведем историю о том, что «иногда лучше жевать, чем говорить».

Гинеколог на приеме даме с очень недовольным лицом «Мадам, ваше лицо похоже на мою работу». Итогом - конечно жалоба.

Сейчас хотелось бы сказать об итоге, к которому приводят установки наших пациентов и сложности коммуникаций в лечебной работе.

Несмотря на немалое количество лет, прожитых на «рынке медицинских услуг», врач и пациент до сих пор не стали партнерами. Пациент в этих условиях часто ощущает себя именно «заказчиком медицинской услуги».

1. Считается, что идея партнерства врача и пациента пришла в Россию из западных стран, в то время как страны Востока практикуют определенный «патерналистический» способ медицинского консультативного взаимодействия [Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены и истории медицины – 2000. № 2. -с.22-25.]. Впрочем, справедливо будет заметить, что и там наметилась тенденция на изменение модели медицинской консультации к партнёрству. Россия традиционно, исторически, культурно, географически находилась между Западом и Востоком. Признавая и уважая наших соседей, мы неизменно учитываем их опыт, но никогда не перенимаем его слепо и бездумно. Жители России – не европейцы и не азиаты, они самобытны, любят и ценят зарубежный опыт, неизменно пропуская его через призму собственного восприятия жизни [4]. В подавляющем большинстве случаев это приводит к появлению уникальных услуг и продуктов, не имеющих аналогов в мире.

Выводы

В России есть давняя традиция продвижения лично-ориентированной медицины и здравоохранения, ориентированного на людей. Изучение опыта внедрения партнерской модели в разных странах показывает, что практически во всех странах пациенты предпочитают партнерские отношения с врачами. И даже, там, где

это не очень принято, демонстрация врачом такого подхода положительно сказывается на удовлетворенности пациентов. Поэтому в таких странах ставится вопрос о повышении понимания пациентами своей партнерской роли, так как это способствует безопасности оказания медицинской помощи и повышению эффективности лечебно-диагностического процесса. Мы так же движемся к пониманию этого партнерства, однако полностью этот путь еще не пройден.

Список литературы:

1. Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Бузина Т.С., Чухриенко И.Ю., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006-2019): обзор социологических исследований. *Профилактическая медицина*. 2020; 23(3):42-47.
2. Protasova L.M., Baranovskaya S.V., Boykov V.A., Deev I.A., Kobyakova O.S., Shibalkov I.P. et al. Analysis of patient satisfaction indicators with medical care depending on the duration of the measures of the standard of organization of medical care provided on an outpatient basis *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia*. 2022; 68(5):6. Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1416/30/lang,ru/>
3. Как врачам выжить в тисках пациентского экстремизма. <https://medrussia.org/31943-kak-vracham-vizhit-v-tiskakh-pacientsko/дата обращения 3.04.2023>
4. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. // Экономика здравоохранения –2000. № 12/50. – С. 5-19.

© Устинова Н.А.

УДК 1

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ КУРС ХИМИОТЕРАПИИ

Устинова Н.А.¹

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

Резюме. В статье описаны результаты в сравнении анкетирования пациентов до и после коррекционной программы. Пациенты отмечают у себя такие проявления как снижение памяти, трудности концентрации и переключаемости внимания, нарушения счета, письма, трудности выражения и формулирования собственных мыслей, трудности в понимании речи и разговора других людей. Описана специальная психокоррекционная программа, целью которых является коррекция и развитие интеллектуально-творческого потенциала личности пациентов, прошедших курс химиотерапии через систему коррекционно-развивающих занятий. Описаны полученные данные повторного анкетирования, которые позволяют судить о том, что после прохождения психокоррекционной программы большая часть респондентов отмечают у себя улучшение общего уровня умственной активности и работоспособности, в частности процессов памяти и внимания.

Ключевые слова: психокоррекция, когнитивные нарушения, химиотерапия, когнитивные функции, онкологические заболевания, пациенты, мышление, внимание или память.

PSYCHOCORRECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE CHEMOTHERAPY

Ustinova N.A.¹

Summary. The article describes the results in comparing the questionnaire of patients before and after the correctional program. Patients note such manifestations as memory loss, difficulty concentrating and switching attention, impaired counting, writing, difficulty expressing and formulating their own thoughts, difficulty understanding other people's speech and conversation. A special psychocorrection program is described, the purpose of which is to correct and develop the intellectual and creative potential of the personality of

patients who have undergone chemotherapy through a system of correctional and developmental classes. The obtained data of repeated questioning are described, which allow us to judge that after passing the psychocorrection program, most of the respondents note an improvement in their overall level of mental activity and performance, in particular, memory and attention processes.

Keywords: psychocorrection, cognitive impairment, chemotherapy, cognitive functions, oncological diseases, patients, thinking, attention or memory.

Введение

Во всем мире наблюдается устойчивая тенденция роста онкологических заболеваний, в России, например, этот показатель, по данным на 2022 год, ежегодно увеличивается 1,5%. С одной стороны, это объясняется более эффективными методами ранней диагностики, а с другой стороны, постарением населения, экологическими и экономическими причинами. По данным Минздрава РФ, в 2022 году в России выявлено 640 391 случай злокачественных новообразований, что является рекордным показателем. Он на 2,5% превышает результат 2021 года. Общий уровень заболеваемости составил 436,3 случая на 100 тыс. населения [1]. Примерно у 7 из 10 переживших рак из-за лечения отмечаются изменения памяти, способности к обучению, концентрации, способности к планированию и принятию решений в повседневной жизни [2]. Все эти перечисленные факторы известны как «когнитивные нарушения». Они оказывают значительное влияние на повседневную деятельность пациентов, как на профессиональную сферу, так и на бытовую и социальную. Продолжительность химиоиндуцированных когнитивных нарушений, получивших название «химиомозг» (chemobrain) варьирует от нескольких месяцев до 10 лет после прекращения лечения [3]. Укорить процесс восстановления таких функций как память, внимание, мышление и воображение самостоятельно пациенты порой не в силах вследствие характерным данному заболеванию реактивным состояниям – депрессии, негативных и агрессивных реакций, тревоги, которые снижают мотивацию к лечению и реабилитации [8].

Для многих клинических психологов, особенно в условиях стационара, задача психокоррекции когнитивных функций является очень сложной в связи с дефицитом методической литературы; часто психокоррекционной работе в больницах вообще не уделяется должного внимания. Поэтому разработка комплексной системы

психологической коррекции когнитивной сферы является очень актуальной для научно-практической деятельности клинических психологов. Разработка подобной системы, программы и внедрение ее в деятельность психологов могли бы повысить эффективность работы психологической службы и, как следствие, ускорить процесс восстановления когнитивных функций у пациентов, прошедших курс химиотерапии [5].

Малоизученной проблемой является изучение влияния химиотерапии на нарушения когнитивных функций у пациентов, прошедших курс химиотерапии.

На данный момент одним из самых надежных методов лечения онкологических заболеваний является химиотерапия, которая подбирается индивидуально, в зависимости от характеристик конкретной опухоли и состояния здоровья пациента [4].

Несмотря на растущее число медицинских достижений и открытий, помогающих устранить или контролировать развитие рака у некоторых пациентов, лечение от этой болезни является очень агрессивным и часто приводит ко многим нежелательным побочным эффектам.

У некоторых пациентов в ходе лечения наблюдаются изменения когнитивных функций. Пациенты и их семьи могут замечать изменения, которые затрагивают мышление, внимание или память. Пациенты предъявляют жалобы на усталость, эмоциональную лабильность и снижение настроения, тревожность, трудности в концентрации внимания, периоды дезориентации во времени. Некоторые когнитивные изменения носят временный характер, в то время как другие могут сохраняться в течении длительного времени [6].

Под когнитивными (познавательными) функциями понимаются наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Когнитивные нарушения – это ухудшение по сравнению с индивидуальной нормой одной или нескольких из следующих когнитивных функций: памяти, праксиса, гнозиса, речи или исполнительных функций (произвольное внимание, обобщение, выявление сходств и различий, формально-логические операции, установление ассоциативных связей, вынесение умозаключений) [7].

Связанные с раком когнитивные нарушения довольно широко распространены – эти проблемы могут быть обнаружены у 30 % пациентов до химиотерапии, до 75 %

пациентов сообщают о какой-либо форме этих нарушений во время лечения, а у 35 % они все еще присутствуют через много лет после завершения лечения [9].

Когнитивные нарушения отрицательно влияют на качество жизни пациентов, значительно снижают их физическую и умственную работоспособность, повседневную активность, затрудняют исполнение профессиональных обязанностей, а также могут усложнить задачу ухода за пациентом [13].

Цель работы

Выявление и психокоррекция когнитивных функций у пациентов, прошедших курс химиотерапии.

Материалы и методы

Комплекс методов исследования работы составили: анализ научных источников, тестирование, методы математической обработки: критерий для двух зависимых выборок Т-Вилкоксона.

Для получения достоверных данных материалы были обработаны с помощью статистически-математических методов. В качестве статистических методов был использован статистический пакет IBM SPSS Statistics 10.0.

При проведении исследования были использованы [15]:

1. Методики оценки когнитивных функций: методика «Запоминание 10 слов» А. Р. Лурия; методика «Пиктограмма» А.Р Лурия; методика «Отсчитывание»; методика «Простые аналогии»; методика «Выявление общих понятий»; методика «Расстановка чисел».
2. Тест структуры интеллекта Р. Амтхауэра.

Результаты и обсуждение

Экспериментальная работа выполнялась в 2023 г. в Свердловской региональной благотворительной общественной организации помощи онкопациентам «Вместе ради жизни», г. Екатеринбург. Всего в исследовании приняли участие 24 человека, средний возраст: 58,7 лет, с диагнозом онкология, средний возраст 58,7.

В коррекционно-развивающую работу включены направления (блоки) коррекционного воздействия: – организационный блок; – диагностический блок; – коррекционный блок; – блок оценки эффективности коррекционных воздействий.

Структура программы. Блоки коррекционного воздействия:

Организационный блок.

Включает в себя 2 занятия – тренинг, установочная лекция. Задачи блока: побуждение пациентов к взаимодействию; установление продуктивного контакта. Снятие тревожности; повышение уверенности в себе; создание общей положительной атмосферы, формирование желания сотрудничать с куратором.

Диагностический блок.

Включает в себя 1 занятие. Задачи блока: проведение комплекса методик и прохождение теста структуры интеллекта Р. Амтхауэра на определение и оценку уровня и степени сохранности когнитивных функций и уровня IQ; выявление когнитивных нарушений; формирование плана психологической коррекции [14].

Коррекционный блок.

Включает в себя 30 занятий. Задачи блока: проведение психокоррекционной программы – различных методик и упражнений, направленных на коррекцию когнитивных нарушений (выявленных в диагностическом этапе).

Блок оценки эффективности коррекционных воздействий.

Включает в себя 1 занятие. Задачи блока: повторное проведение комплекса методик и повторное прохождение теста структуры интеллекта Р. Амтхауэра с целью выявления эффективности проведенной психокоррекционной программы; проведение анализа изменений когнитивной сферы пациентов после проведения коррекционных мероприятий (на основе проведенных методик). Выявление различий, сравнение результатов до и после психокоррекционного воздействия с помощью методов математической статистики: Т-Вилкоксона. Проведение тренинга на самоосознание и рефлексивность, завершение программы и подведение итогов [12].

Организация занятий – форма работы: индивидуальная дистанционная; количество участников: 24 человека (женщины).

Средний возраст участников: 58,7 лет. Количество занятий с использованием системы дистанционного обучения – 30, количество очных встреч – 2. Продолжительность – 5 недель. Регулярность занятий – каждый день. Продолжительность занятия – 2 часа.

В данной программе были задействованы следующие методы психокоррекции: тренинг знакомства, анкетирование пациентов, диагностика когнитивной сферы,

исследование уровня IQ, дыхательные техники, арт-терапевтические упражнения, упражнения на коррекцию памяти, внимания, мышления, воображения.

Каждое занятие имеет следующую структуру: дыхательная техника, основные упражнения на развитие памяти, внимания, мышления, воображения, дополнительное упражнение – домашнее задание, выполняемое в течении дня [11].

Испытуемые демонстрируют следующие результаты: снижение медлительности отмечают 50% испытуемых, увеличение умственной работоспособности – 75%, увеличение дневной активности – 50%, улучшения памяти – 79,17%, улучшение концентрации внимания – 62,5%, уменьшение трудности переключения внимания – 50%, улучшение операции счета, скорости письма – 50%, улучшение способности выражения, формулирования собственных мыслей – 54,17%, улучшение в понимании речи и разговора других людей – 45,83%, повышение скорости выполнения различных действий – 79,17%. Полученные данные позволяют судить о том, что после прохождения психокоррекционной программы большая часть респондентов отмечает у себя улучшения мыслительных процессов, памяти, внимания. Наблюдают более эффективные процессы (по сравнению с уровнем до прохождения программы) восприятия, хранения, и передачи информации, увеличение возможности и скорости выполнения целенаправленной деятельности в течение определённого времени, свободного выражения собственных мыслей. Полученные результаты свидетельствуют о том, что абсолютное большинство пациентов отмечают у себя улучшение общего уровня умственной активности и работоспособности после прохождения психокоррекционной программы.

Различия по средним показателям по методикам оценки когнитивных функций

| Критерий Вилкоксона (Таблица данных1) Отмеченные критерии значимы на уровне $p < ,0500$ | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
| | T | Z | p-уров. |
| 1 | 92 | 0,120727 | 0,903908 |
| 2 | 29 | 0,784465 | 0,432768 |
| 3 | 24,5 | 1,757741 | 0,078792 |
| 4 | 26 | 0,622376 | 0,533695 |
| 5 | 75 | 0,071007 | 0,943392 |
| 6 | 32 | 0,549125 | 0,58292 |
| 7 | 103,5 | 1,049316 | 0,294034 |
| 8 | 5 | 1,153113 | 0,248865 |
| 9 | 66,5 | 1,437308 | 0,150632 |
| 10 | 28,5 | 2,855949 | 0,004291 |
| 11 | 65,5 | 2,414286 | 0,015767 |

Прим. Критическое значение $T=91$ при $p<0,05$, $T=69$ при $p<0,01$.

Отмеченные критерии значимы при $p<0,01$ и $p<0,05$

1 – методика «Запоминание 10 слов» первое предъявление, 2 – методика «Запоминание 10 слов» второе предъявление, 3 – методика «Запоминание 10 слов» третье предъявление», 4 – методика «Запоминание 10 слов» четвертое предъявление, 5 – методика «Запоминание 10 слов» пятое предъявление, 6 – методика «Запоминание 10 слов» отсроченное предъявление, 7 – методика «Пиктограммы», 8 – методика «Отсчитывание», 9 – методика «Простые аналогии», 10 – методика «Выявление общих понятий», 11 – методика «Расстановка чисел».

Результаты математической обработки данных показали, что у испытуемых после проведенной психокоррекционной программы по большинству исследуемых показателей по методикам оценки когнитивных функций произошли значимые изменения. Результаты представлены в таблице 1.

Были получены следующие значимые различия:

По методике «Запоминание 10 слов» второе предъявление $T_{эмп} = 29 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01); третье предъявление $T_{эмп} = 24,5 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01), четвертое предъявление $T_{эмп} = 26 < T_{кр}$ (для уровня значимости

0,01); пятое предъявление $T_{эмп} = 75 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,05). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Данный факт может свидетельствовать об улучшении у испытуемых процессов памяти и активности внимания в целом. Пациенты лучше запоминают, хранят и воспроизводят информацию, концентрируются и сосредотачиваются на выполнении определенной деятельности.

По методике «Отсчитывание» $T_{эмп} = 5 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01), Таким образом различия являются статистически достоверными. Полученные данные могут свидетельствовать об улучшении произвольного внимания и его устойчивости, что характеризуется эффективным удержанием, сохранением образов определенного предметного содержания до тех пор, пока не будет достигнута цель, обеспечением длительной сосредоточенности, активности на одном и том же объекте, регуляцией и контролем за осуществлением какой-либо деятельности.

По методике «Простые аналогии» $T_{эмп} = 66,5 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Полученные данные, свидетельствуют об улучшении операций установления логических связей по аналогии в целом, об увеличении объема зрительного восприятия большого количества печатного материала и в целом о повышении интеллектуальной активности пациентов.

По методике «Выделение общих понятий» $T_{эмп} = 28,5 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01), Таким образом различия являются статистически достоверными. У испытуемых отмечается улучшение процессов обобщения, анализа, классификации, и установлении логических связей. Пациенты эффективнее и быстрее преобразовывают информацию с целью выявления некоторого абстрактного исходного отношения, а также выделяют в исследуемом объекте различные его стороны, составные элементы, свойства, взаимосвязи и взаимоотношения.

По методике «Расстановка чисел» $T_{эмп} = 65,5 < T_{кр}$ (для уровня значимости 0,01), Таким образом различия являются статистически достоверными. У испытуемых отмечается повышение уровня волевой регуляции внимания.

Значимых различий не выявлено по методикам оценки когнитивных функций:

По методике «Запоминание 10 слов» первое предъявление $T_{эмп} = 92 > T_{кр}$. Значимых различий не выявлено. Полученные данные показывают снижение уровня вработываемости – более замедленным по сравнению с первичной диагностикой

темпом включения в работу, для достижения устойчивой работоспособности пациентам понадобилось более длительное время.

По методике «Пиктограммы» $T_{\text{эмп}} = 103,5 > T_{\text{кр}}$. Значимых различий не выявлено. Полученные данные свидетельствуют о применении испытуемыми менее эффективных вспомогательных средств для запоминания и припоминания, о снижении операции выстраивания ассоциативных связей по сравнению с первичной диагностикой до внедрения психокоррекционных занятий.

Таблица 2

Различия по средним показателям по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра до и после коррекционного воздействия

| Критерий Вилкоксона (Таблица данных1) Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,0500$ | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
| | T | Z | p-уров. |
| 1 | 67 | 0,805682 | 0,420427 |
| 2 | 78 | 1,007982 | 0,313464 |
| 3 | 129,5 | 0,258527 | 0,796 |
| 4 | 105,5 | 1,271429 | 0,203577 |
| 5 | 42,5 | 0,993933 | 0,320256 |
| 6 | 116 | 0,340889 | 0,733187 |
| 7 | 68 | 1,650988 | 0,098742 |
| 8 | 94 | 0,040242 | 0,9679 |
| 9 | 87 | 0,321937 | 0,7475 |
| 10 | 83,5 | 0,087101 | 0,930592 |

Прим. Критическое значение $T=91$ при $p < 0,05$, $T=69$ при $p < 0,01$.

Отмеченные критерии значимы при $p < 0,01$ и $p < 0,05$

1 – уровень IQ, 2 – субтест «Дополнение предложений», 3 – субтест «Исключение слова», 4 – субтест «Аналогии», 5 – субтест «Обобщение», 6 – субтест «Память», 7 – субтест «Арифметические задачи», 8 – субтест «Числовые ряды», 9 – субтест «Пространственное воображение», 10 – субтест «Пространственное обобщение».

Результаты математической обработки данных показали, что у испытуемых после проведенной психокоррекционной программы по большинству исследуемых

показателей теста структуры интеллекта произошли значимые изменения. Результаты представлены в таблице 2.

Были получены следующие значимые различия:

По шкале оценки общего уровня IQ Тэмп = 67 < Ткр (для уровня значимости 0,01). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Испытуемые демонстрируют более высокие значения коэффициента интеллекта по сравнению с полученными значениями до внедрения программы.

По субтесту «Дополнение предложений» Тэмп = 78 < Ткр (для уровня значимости 0,05). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Испытуемые демонстрируют результативное соединение условий задачи с информацией, которая может являться потенциальным правильным ответом. Показывают быстрый процесс анализа, выделения главного и второстепенного, порядка подчинения.

По субтесту «Обобщение» Тэмп = 42,5 < Ткр (для уровня значимости 0,01). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Испытуемые быстрее и качественнее объединяют общим смыслом несколько понятий и выделяют существенные признаки по сравнению с результатами до внедрения программы.

По субтесту «Арифметические задачи» Тэмп = 68 < Ткр (для уровня значимости 0,01). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Испытуемые демонстрируют более высокую скорость практического мышления, способность решать структурированные задачи по сравнению с результатами до внедрения программы.

По субтесту «Пространственное воображение» Тэмп = 87 < Ткр (для уровня значимости 0,05). Таким образом, различия являются статистически достоверными. Испытуемые демонстрируют активное оперирование образами. Исходное изображение трансформируется в соответствии с его структурой. Это достигается за счет мысленного преобразования, перестановки составляющих его элементов путем перемещения, а также различных приемов соединения частей фигур. Оперирование образами включает их сознательное удержание в памяти, их трансформацию, предвидение ее результатов, обобщение в образной форме. Данный субтест диагностирует отдельные подспособности в структуре пространственного мышления.

По субтесту «Пространственное обобщение» Тэмп = 83,5 < Ткр (для уровня значимости 0,05). Таким образом, различия являются статистически достоверными.

После проведенной психокоррекционной программы у испытуемых отмечается улучшение процесса оперирования пространственными представлениями.

Значимых различий не выявлено по показателям теста структуры интеллекта:

По субтесту «Исключение слова» Тэмп =129,5>Ткр. Значимых различий не выявлено. По данному субтесту не отмечается значимых сдвигов в исследовании процесса сравнение, а также его составляющих операции анализа, синтеза, абстракции и обобщения.

По субтесту «Аналогии» Тэмп =105,5>Ткр. Значимых различий не выявлено. Данный субтест, как и предыдущий исследует уровень развития операции обобщения и уровень развития словесно-логического мышления.

По субтесту «Память» Тэмп =116>Ткр. Значимых различий не выявлено.

Восприятие слова (его запоминание) – это сложный процесс включения его в систему известных кодов, в которой первостепенные признаки являются доминирующими, а побочные уходят на второй план, тем самым при запоминании слова всегда происходит процесс выбора ведущей системы связей. В результате проведенной психокоррекционной программы исследование уровня развития кратковременной памяти не показало значимых сдвигов.

По субтесту «Числовые ряды» Тэмп =94>Ткр. Значимых различий не выявлено. Этот факт означает о недостаточном психокоррекционном воздействии на операции сравнения, аналитико-синтетическую деятельность.

Следовательно, у пациентов, прошедших курс химиотерапии, которые прошли психокоррекционную программу, направленной коррекцию когнитивных функции наблюдаются в целом значительные изменения когнитивных функций.

Таким образом, большинство показателей оценки когнитивных до проведения коррекционной работы и после достоверно различаются, при уровне значимости менее 0,01 и 0,05. Следовательно, значимые различия до и после коррекционной работы с пациентами, прошедшими курс химиотерапии, существуют.

Выводы

Подводя итоги проведенного исследования, необходимо остановиться на следующих положениях. Когнитивные функции являются важным элементов рационального познания окружающей действительности, благодаря которым индивид может целенаправленно взаимодействовать с ней. Они включают в себя определенные процессы обработки информации, а именно ее получение,

распознавание, обработку, хранение и передачу. Вследствие нарушения когнитивных функции ввиду прохождения химиотерапевтического лечения пациенты отмечают у себя снижение памяти, концентрации внимания, трудности в выражении своих мыслей. Все перечисленные проявления в значительной степени влияют на разные стороны жизни пациентов, снижают социальную, профессиональную и бытовую активность.

Полученные данные повторного анкетирования позволяют судить о том, что после прохождения психокоррекционной программы большая часть респондентов отмечает у себя улучшения мыслительных процессов, памяти, внимания. Наблюдают более эффективные процессы (по сравнению с уровнем до прохождения программы) восприятия, хранения, и передачи информации, увеличение возможности и скорости выполнения целенаправленной деятельности в течение определённого времени, свободного выражения собственных мыслей. Полученные результаты свидетельствуют о том, что абсолютное большинство пациентов отмечают у себя улучшение общего уровня умственной активности и работоспособности после прохождения психокоррекционной программы.

Полученные экспериментальные данные после проведения коррекционных мероприятий свидетельствуют в целом о положительной динамике в коррекции когнитивных нарушений, у пациентов, прошедших курс химиотерапии.

У данной категории пациентов улучшились такие показатели по методикам оценки когнитивных функций: «Запоминание 10 слов» (1,2,3,4 и отсроченное предъявление, «Пиктограммы»; «Отсчитывание»; «Выявление общих понятий»; «Расстановка чисел», что свидетельствует об эффективности психокоррекционного воздействия, об успешном освоении программы и результативном выполнении упражнений. У пациентов наблюдаются положительная динамика в коррекции процессов кратковременной и долговременной памяти, опосредованного запоминания и мышления, активности и устойчивости произвольного внимания, анализа и синтеза информации.

По тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра выявленные улучшения показателей по субтестам «Дополнение предложений», «Исключение слова», «Обобщение», «Память», «Арифметические задачи», «Пространственное обобщений». В связи с чем подтверждается эффективность психокоррекционного воздействия. У пациентов наблюдаются положительная динамика в коррекции процессов мыслительной

деятельности, аналитико-синтетических операций, словесно-логического, абстрактного и наглядно-действенного мышления. Также можно сделать вывод об увеличении показателей коэффициента интеллекта, что в целом свидетельствует о эффективности психокоррекционного воздействия, его комплексном подходе к коррекции когнитивных нарушений.

Таким образом, упражнения, представленные в программе на коррекцию процессов памяти, внимания, мышления и воображения показали свою эффективность.

Результаты математической обработки данных показали:

По методике «Запоминания 10 слов» значения при втором, третьем, четвертом предъявлении и отсроченном запоминании имеют статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы при $p < 0,01$.

При пятом предъявлении имеют статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы при $p < 0,05$.

Показатели по методикам: «Счет по Крепелину», «Выделение общих понятий», «Расстановка чисел», «Простые аналогии» имеют статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы при $p < 0,01$.

По методике «Запоминания 10 слов» значения при первом предъявлении и значение по методике «Пиктограммы» статистически значимых различий по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы не выявлено.

Показатели методик оценки когнитивных функций: «Дополнение предложений», «Пространственное обобщений», «Пространственное воображение» по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра имеют статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы, при $p < 0,05$.

Показатель IQ по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра имеет статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы, при $p < 0,01$.

Показатели «Обобщение» «Арифметические задачи» по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра имеют статистически значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы, при $p < 0,01$.

Показатели «Исключение слова», «Аналогии», «Память», «Числовые ряды» по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра имеют статистически не значимые различия по Т-критерию Вилкоксона до и после начала психокоррекционной программы.

Результаты статистического исследования (с помощью Т-критерия Вилкоксона) подтвердили выявленные различия (для $p \leq 0,05$ и для $p \leq 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют в целом о положительной динамике в коррекции когнитивных нарушений, у пациентов, прошедших курс химиотерапии.

Список литературы

1. Hurria A., Somlo G., Ahles T. Renaming «chemobrain». *Cancer Invest*, 2017. – 377.
2. Petersen R.C., Stevens J.C., Gaфnguli M. et al. Practice parameter. Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2019. – 42.
3. Schagen S. B., Hamburger H. L., Muller M. J. et al. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant thigh dose chemotherapy on cognitive function // *J. of Neurooncology*, N 51(2), 2021. – 65.
4. Treanor CJ, McMenamin UC, O'Neill RF, Cardwell CR, Clarke MJ, Cantwell M, Donnelly M. Вмешательства при когнитивных нарушениях, связанных с нелокализованным лечением рака, таким как химиотерапия или гормональная терапия. [Электронный ресурс] <https://www.cochrane.org/ru>
5. Ахметова Л. В. Когнитивная сфера личности – психологическая основа обучения. *Вестник ТГПУ. Выпуск 9 (87)*, 2019. – 23 с.
6. Бульц Б. Д., Г. Дж. Каммингс, Л. Грасси, М. Уотсон. Пленарное заседание Президента 2013 года Международное общество психоонкологов: использование стандартов IPOS как средства улучшения комплексного лечения рака – *Психоонкология* 23 (9), 2014. [Электронный ресурс] https://www.researchgate.net/publication/263321391_2013
7. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б., Леоненкова С.А. Психологические исследования в онкологии // *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. Т. 8, № 3, 2015. – 235 с.
8. Выготский, Л. С. Психология развития. Избранные работы / Л. С. Выготский. – М.: Издательство Юрайт, 2020. – 281 с.

9. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Когнитивные нарушения при депрессии // Неврология и психиатрия. № 1, 2015. – 18–27 с.
10. Зейгарник, Б. В. Основы патопсихологии: учебник для СПО / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – о 367 с.
11. Каприна А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). Под ред. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2019. – 250 с.
12. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. Вопросы онкологии № 2, 2015. 180 – 184 с.
13. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масыкин А.В., Костюк Г.П. Методы реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением // Обозрение психиатрии и медицинской психологии № 3, 2018. [Электронный ресурс] https://psychiatr.ru/files/magazines/2018_09_obozr_1350.pdf
14. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – 5-е изд. – М.: Смысл, 2020. – 527 с.
15. Мажарова О.А., Кохно В.И. Навстречу жизни: арт-терапия как способ реабилитации онкологических пациентов и метод профилактики онкозаболеваний // Амурский медицинский журнал №4 (24), 2018. [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/>

© Пономарева О.Н.

УДК 614.2

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Пономарева О. Н.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет

г. Екатеринбург SPIN 9073-4470 ORCID: 0000-0002-0906-9915

e-mail: olg.p2017@yandex.ru

Резюме. Цифровизация в здравоохранении направлена на повышение качества медицинского обслуживания населения и связана с использованием передовых медицинских и цифровых технологий. Такая форма медицинской помощи призвана решить такие проблемы, как управление потоком пациентов через электронный документооборот; развитие потенциала телемедицины и искусственного интеллекта; повышение качества медицинского обслуживания за счет привлечения цифровых технологий во взаимодействие врача, медицинского персонала и пациента; увеличение скорости получения качественной медпомощи вне зависимости от места нахождения пациента; автоматизации формирования статистической и отчетной документации медицинского учреждения. В России в той или иной мере используют различные инструменты цифровой медицины такие, как электронные медкарты, Big Data, телемедицина, системы облачной безопасности, нейросеть и другие. Среди этого многообразия специалистами выделены наиболее перспективные из них, такие, как биосенсоры, телемедицина, приложения mHealth, робототизированная хирургия и другие. Но, как любое мероприятие, цифровизация несет для медицинских работников и медицинских учреждений, как сложности в работе, так и существенное облегчение их деятельности. В таких обстоятельствах целесообразно подвести итоги внедрения цифровых технологий в деятельность отечественных медицинских организаций.

Ключевые слова: цифровизация, здравоохранение, перспективные цифровые технологии, проблемы и достижения цифровизации в здравоохранении.

DIGITALIZATION IN MEDICINE: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

Ponomareva O. N.¹

Ural State Medical University

Yekaterinburg SPIN 9073-4470 ORCID: 0000-0002-0906-9915

e-mail: olg.p2017@yandex.ru

Resume. Digitalization in healthcare is aimed at improving the quality of medical care for the population and is associated with the use of advanced medical and digital technologies. This form of medical care is designed to solve problems such as managing the flow of patients through electronic document management; developing the potential of telemedicine and artificial intelligence; improving the quality of medical care by involving digital technologies in the interaction of a doctor, medical staff and a patient; increasing the speed of obtaining high-quality medical care regardless of the location of the patient; automating the formation of statistical and reporting documentation of a medical institution. In Russia, various digital medicine tools are used to one degree or another, such as electronic medical records, Big Data, telemedicine, cloud security systems, neural network and others. Among this diversity, experts have identified the most promising of them, such as biosensors, telemedicine, mHealth applications, robotic surgery and others. But, like any event, digitalization brings for medical workers and medical institutions both difficulties in work and a significant simplification of their activities. In such circumstances, it is advisable to summarize the results of the introduction of digital technologies into the activities of domestic medical organizations.

Keywords: digitalization, healthcare, promising digital technologies, problems and achievements of digitalization in healthcare.

Введение

Цифровые технологии активно встраиваются в деятельность учреждений здравоохранения. В здравоохранении цифровизация обладает большим потенциалом с точки зрения увеличения доступности медицинских услуг, повышения их качества и оптимизации расходов медицинской организации [2, с.178]. Такая форма оказания медицинской помощи связана с использованием передовых медицинских и цифровых технологий и технических решений для осуществления медицинской деятельности и предварительной диагностики, а также оказания услуг в сфере здравоохранения и социальной помощи [5, с.20]. Для российского здравоохранения, пребывающего в стадии перманентного реформирования, цифровизация медицины предоставляет шанс занять лидирующие позиции в структуре экономического роста страны [8, с.65].

Цифровая медицина призвана решить такие проблемы, как управление потоком пациентов через формирование эффективного электронного документооборота в медучреждениях; дальнейшего развития потенциала телемедицины и искусственного

интеллекта; повышение эффективности взаимодействия врача, медицинского персонала и пациента [2, с.183]; увеличение скорости получения качественной медпомощи вне зависимости от места нахождения пациента; автоматизации формирования статистической и отчетной документации медицинского учреждения.

Цель работы

Выделить положительные и отрицательные факторы цифровизации в российских учреждениях здравоохранения.

Материалы и методы

Общенаучные методы анализа (статистический и логический).

Результаты и обсуждение

Правительство РФ Распоряжением № 3980р от 29.12.2021 определило стратегию развития цифровизации медицины в России до 2024 г. Были выделены два направления. Первое, это создание цифрового контура на основе Единой государственной информационной системы (ЕГИСЗ). Контур представляет собой информационную систему, предназначенную для систематизации и упорядочения сведений о медицинских организациях и медработниках; эффективной информационной поддержке организаций здравоохранения и граждан; цифровизации деятельности медучреждения в таких направлениях, как встроенная регистратура, запись пациента на прием, функционирование электронного документооборота медицинского учреждения и обмена информацией между ними; ведение складского (медицинского) учета, телефония, деятельность call-центра [1,14], а также реализации электронных услуг в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Единой платформе государственных услуг [10, с.2].

Второе, разработка и внедрение медицинских платформенных решений федерального уровня, которые направлены на решение вопросов административно-управленческого, статистического, медико-технологического и информационного характера, обеспечивающих эффективное функционирование медицинских учреждений различного уровня и направлений деятельности (например, цеховая медицина, клинические исследования), а также компьютерных сетей для создания и поддержки единого информационного пространства медицинских организаций [14]. В целом цифровизация способствует развитию инновационной деятельности в медицине, т.к. последняя существенно меняется под влиянием новых направлений биомедицины, возможностью исследования генных вариаций на различные патологии,

проведения удаленных консультаций, цифровой передачи персональных данных и другое [15, с.125].

Цифровые технологии используются в российском здравоохранении последние десять лет, поэтому можно подвести итоги этого процесса. Выделим положительные факторы. Обратимся к статистике. Отчет о результатах цифровизации за период 01.03.21 по 30.05.22 (было опрошено 22 тыс. чел медицинского персонала), утвержденный Коллегией Счетной палаты РФ 31.05.22, свидетельствует о том, что 90% опрошенных уверены в необходимости цифровизации, но 73,5 % указали на нестабильность работы системы [12, с.12]. Следует отметить возрастание степени вовлеченности медперсонала, пациентов и медучреждений в этот процесс. Если в 2020 году электронные медкарты использовали 403 медучреждения из 13386 или 3%, то в 2021 году - 6161 организации (всего-24684) или 24,95%. Количество граждан, получивших доступ к электронным медицинским документам, в 2020 году составил 7655тыс. чел., то в 2021 году произошло увеличение на 51,44% и составило 11593 тыс. чел. [12, с.22-23].

Согласно «Итогов работы Министерства здравоохранения за 2022г.» учреждения и граждане активно используют возможности, предоставляемые цифровизацией. Об этом свидетельствуют следующие данные. Оказание медицинской помощи, по которой предоставлены электронные медицинские документы в подсистемы ЕГСИЗ, возросло на 28,43% (с 60% до 88,43%). За 2022 год разработано 16 видов структурированных электронных документов. Всего в настоящее время функционируют 80 видов таких документов, которые обеспечивают более 80% потребностей медицинских организаций; подало на аккредитацию 243000 медработников [9, с.41,42].

Для обеспечения информационной безопасности в октябре 2022 года был создан Отраслевой центр информационной безопасности и импортозамещения программного обеспечения (предназначен для защиты информации, обрабатываемой медицинскими информационными системами, и безопасности объектов информационной инфраструктуры в сфере здравоохранения [6, 9, с.42]) и Единый регистр застрахованных лиц, который является основой для формирования единого идентификатора пациента [9, с.43,207]. В результате система ЕГИСЗ должна стать нормой для всех учреждений здравоохранения для получения и сохранения лицензии; получения доступа к единому цифровому профилю пациента с полной информацией

о его здоровье и оперативного обмена данными между различными медицинскими организациями (врачами).

Другим положительным фактором является то, что индивид получает доступ к медицинской помощи вне зависимости от места его нахождения и контролирует информацию о своем здоровье, а также самостоятельно выполняет действия, назначенные врачом. В результате цифровизации учреждения здравоохранения получают экономический эффект посредством экономии расходов медицинских организаций при оказании медпомощи и клинических исследований. С другой стороны, привлечение цифровых технологий в области медицины снижает угрозы для здоровья человека за счет предварительной диагностики и мониторинга состояния здоровья и оказания первичных консультаций [7, с.37].

Следует отметить увеличение количества медперсонала и медицинских организаций, использующих цифровые технологии. Согласно исследований Абдрахмановой Г.И., Васильковского С.А., Вишневого К.О., Гохберга Л.М. и др. (ВШЭ), из организаций здравоохранения и социальных услуг в облачных сервисах участвовали в 2020 году - 32,6%, то в 2021 - 34%; использовали искусственный интеллект в 2020-2,6% и в 2021-2,9%, роботов -1,3% и 1,6% соответственно; вовлекали в свою деятельность цифровые платформы в 2020 - 18,3%, но в 2021 году по данному показателю произошло снижение на 1,8% (до 16,5%) [4, с.219-220]. Все это в совокупности соответствует среднему показателю рейтинга цифровой зрелости (за 2021 год показатель составил 29%)[2, с.188].

Островик М.О., Кавешников А.В. и Серебрякова В.Н. провели исследования среди студенческой молодежи и выявили корреляцию между информированностью о цифровой медицине, готовностью к использованию ее технологий и профилем обучения студента. Выяснилось, как и следовало было ожидать, что наиболее информированными являются студенты, получающие медицинское образование. Но, в этом есть и другой положительный момент: студенты медвузов проявили готовность использовать ее инструменты в профессиональной деятельности [5, с.148]. Последнее свидетельствует о необходимости увеличения количества информации о ней, включения в процесс обучения студента, например, как вариативный курс.

Сегодня в России в той или иной мере используют различные инструменты цифровой медицины такие, как электронные медкарты; Big Data; мобильные устройства для контроля здоровья; телемедицина; различные приложения для смарт

- часов, компьютера и телефона; системы облачной безопасности; нейросеть (например, поиск патологий на рентгеновских снимках); Digital-модель, обеспечивающая точную лекарственную терапию пациента; специальные программы по торговле и учету лекарственных препаратов, медприборов и т.п.; электронный документооборот в деятельности врача и медицинской организации; система маршрутизации пациента; портал информации о назначенных лекарствах, анализах, процедурах, диагнозах для врачей и пациентов; сервис онлайн - запись на прием; личный кабинет пациента; голосовые медицинские помощники.

Особо следует отметить платформу IBM «Watson Health» и российскую разработку «TeleMD» для диагностики онкозаболеваний, робота-хирурга «Da Vinci» американской компании «Intuitive», УЗИ - диагностику беременности с искусственным интеллектом «ScaNav», которая призвана предоставлять врачу дополнительные сведения в режиме реального времени (например, тестирование плода на патологию) и другие [5, с.13].

В «Предложениях по реформированию российского здравоохранения до 2024 г.», подготовленных профессиональным медицинским сообществом РФ, отмечена способность цифровизации к стимулированию отечественных производителей медицинской техники и формирования условий для российских стартапов в области медицины и фармацевтики [13, с.4-6,8]. Это обстоятельство является особо актуальным в современных экономических условиях, когда большая часть зарубежных поставщиков медицинского оборудования в Россию заявили о своем уходе.

Несмотря на достигнутые результаты, нельзя не отметить негативные моменты цифровизации в здравоохранении. По мнению автора, фактор, который доставляет врачам и медперсоналу максимальное неудобство является «цифровой парадокс», который заключается в том, что врачи ведут бумажную документацию параллельно с дублированием этого же документа в электронном виде, что увеличивает затраты времени. Парадокс установлен Галицкой В.А. и Мещеряковой Н.А. на основе результатов внедрения Единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ на примере Томской области [2, с.179,184]. Изменить такую ситуацию возможно посредством замены морально устаревшего оборудования персонального места врача и медицинских организаций, программного обеспечения и медицинского оборудования медучреждений, а также повышения компьютерной грамотности медицинских работников.

Фактор, который можно отнести к особо опасному, является несанкционированный доступ к персональным данным пациента, врача (медперсонала) и медицинской организации в целом. Следует отметить наличие (и возникновение в дальнейшем более продвинутых) вредоносных программ, что влечет за собой необходимость привлечения медицинскими организациями дополнительных человеческих, материально-технических и финансовых ресурсов на обеспечение и поддержание условий по защите такой информации. Но, как было указано выше, в октябре 2022 года был создан Отраслевой центр информационной безопасности и импортозамещения программного обеспечения. Следует также отметить вероятность появления врачебных ошибок, связанных с цифровыми технологиями.

Перечислим еще несколько отрицательных моментов, которые сформированы автором статьи на основании «Отчета по результатам цифровизации за период 01.03.21 по 30.05.22», подготовленный Счетной палатой РФ. (Отчет сформирован на основе анкетирования 22000 медработников государственных и частных медицинских организаций). Респонденты отметили отсутствие единой среды управления справочной и нормативной информацией, при этом 75% из них отметили нестабильность ее работы и 41,8% необходимость дублирования информации на бумажном носителе [12, с.12]. Последнее обстоятельство увеличивает нагрузку на медперсонал еще и по причине работы с несколькими системами одновременно и большим объемом ввода данных ручным способом [12, с.8].

Таблица 1

Факторы цифровизации, способствующие повышению (снижению) качества медицинской помощи населению (сформировано автором)

| Факторы, обеспечивающие повышение качества функционирования медицинской организации | Факторы, обеспечивающие снижение качества функционирования медицинской организации |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Доступность медицинской помощи пациентом вне зависимости от места нахождения пациента. | 1.Отсутствие единой среды управления справочной и нормативной информацией. По этой причине есть вероятность появления врачебных ошибок. |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Установление единых стандартов оказания медицинских услуг и медицинской помощи. | 2. Несанкционированный доступ к персональным данным пациента, врачей и медперсонала, медицинского учреждения. |
| 3. Предварительная диагностика и мониторинг здоровья пациента (индивида). | 3. Несанкционированный доступ к информации влечет за собой повышения количества ресурсов, необходимых для ее защиты. |
| 4. Пациент контролирует информацию о своем здоровье и выполняет действия, назначенные врачом. | 4. «Цифровой парадокс» и, как следствие, большой объем ввода данных ручным способом. |
| 5. Различные инструменты цифровой медицины (электронная карта пациента, искусственный интеллект, нейросеть и др.) снижают нагрузку на врачей и медперсонал, что способствует повышению качества медицинской помощи (услуг). | 5. Замена морально устаревшего цифрового оборудования и программного обеспечения к нему, следовательно, необходимо привлечение дополнительных ресурсов. |
| 6. Усиливается контроль за производством, движением, хранением, учетом и продажей лекарственных препаратов, оборудованием и медицинскими изделиями. | 6. Отсутствие и (или) наличие в недостаточном количестве необходимого цифрового оборудования и программного обеспечения, а также оборудования иностранного производства, поэтому в современных экономических условиях необходимо увеличить производство отечественного. |
| 7. Экономия издержек медицинского учреждения за счет изменения качества предоставления медицинской помощи (услуги) и клинических исследований. | 7. Повышение компьютерной грамотности врачей и медперсонала, что влечет привлечение дополнительных ресурсов. |

Несмотря на перечисленные выше проблемы, следует отметить перспективные направления развития цифровой медицины. Гребенюк А.Ю. (ВШЭ) на основе анализа более 26 тыс. публикаций по данной теме за период 2020-2022 годы выявила ТОП-10

цифровых решений в медицине и здравоохранении (представлены по убыванию значимости для медицины): биосенсоры, электронные медицинские записи, телемедицина, интерфейсы «мозг-компьютер», приложения mHealth, робототизированная хирургия, ассистивные технологии, анализ медицинских изображений, системы поддержки принятия клинических решений, интернет медицинских вещей (IoMT) [3, с. 2].

Перекликаются с предыдущим исследованием Салимьяновой И.Г. и Дячук А.В. Авторы выделили перспективные направления цифровой трансформации медицины (без указания значимости), которые способны повысить качество медицинской помощи и придать ей инновационное свойство. Первое, Интернет медицинских вещей (IoMT), включая медицинские изделия, способные влиять на профилактический, лечебный и реабилитационный процессы. Второе, различные инструменты телемедицины (например, телеконсультации «врач-врач», дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента и др.). Третье, искусственный интеллект, предназначенный для ранней и сверхточной диагностики заболеваний и развития прецизионной медицины (лечение с учетом генетических особенностей пациента). Четвертое, 3D-печать органов человека. Пятое, Big Data (например, система, хранящая все записи о состоянии больного). Шестое, робототехника для хирургического вмешательства, слежения за состоянием здоровья пациента, доставки лекарственных препаратов к органам человека и т.п. Седьмое, Сети 5G для работы в режиме онлайн при проведении хирургической операции, передачи анализов и т.п. Восьмое, механизмы блокчейн, обеспечивающие инновационные способы интеграции информации о пациенте, осуществляющие качественное медицинское обслуживание и персонализированный подход к пациенту, а также быструю установку диагноза [15, с.125].

Выводы

Подводя итог вышесказанному, можно сказать следующее. Новые тенденции, связанные с трансформацией российской системы здравоохранения на основе цифровизации имеют, как положительные, так и отрицательные стороны. Но, не смотря на возникшие проблемы, цифровые технологии активно проникают в российское здравоохранение, что радикально меняет взаимодействие между медицинскими организациями, медперсоналом и пациентами, открывая новые возможности для них. При этом сами цифровые технологии необходимо рассматривать

в качестве обязательных ресурсов развития качественной медицинской помощи и клинических исследований.

Трансформация российской системы здравоохранения на основе цифровизации имеет, как положительные, так и отрицательные стороны. Но, не смотря на возникшие проблемы, цифровые технологии радикально меняют взаимодействие между медицинскими организациями, медперсоналом и пациентами, открывая новые возможности для них, и являются обязательным условием качественной медицинской помощи и клинических исследований.

Список литературы:

1. Альпаков Н.Г. Цифровизация медицины в 2022: тренды и практическое применение. Автоматизация медицинского центра-2022 [URL:http 1cbit.ru](http://1cbit.ru) (дата обращения: 31.07.2023)
2. Галицкая В.А., Мещерякова Н.Н. «Цифровые парадоксы» в системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления.2022.№4.С.176-196 [URL: https://vgmu.hse.ru/data/2022/12/19/1719060102/Галицкая%20,%20Мещерякова%204-2022.pdf](https://vgmu.hse.ru/data/2022/12/19/1719060102/Галицкая%20,%20Мещерякова%204-2022.pdf) (дата обращения: 27.07.2023)
3. Гребенюк А.Ю. Топ-10 цифровых решений в медицине и здравоохранении. ИСИЗЗ НИУ ВШЭ (дата выпуска:15.07.) [URL: https://issek.hse.ru/mirror/pubs/share/691544300.pdf](https://issek.hse.ru/mirror/pubs/share/691544300.pdf) (дата обращения: 25.07.2023)
4. Индикаторы цифровой экономики:2022:статистический сборник/Г.И. Абдрахманова, С.А. Васильковский, К.О. Вишневский, Л.М. Гохберг и др., Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». - М. НИУ ВШЭ, 2023- 323с. (в статье использованы данные из таблицы 13.2 «Использование цифровых технологий в организациях по видам экономической деятельности», с.219-220)
5. Карция А.А. Информационно-правовое обеспечение цифровой системы экосистемы здравоохранения // Правовая информатика. 2021.№1.С.13-23 [URL:https:// cyberleninka.ru/ article/n/informatsionno-pravovoe-obespechenie-tsifrovoy-ekosistemy-zdravoohraneniya/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionno-pravovoe-obespechenie-tsifrovoy-ekosistemy-zdravoohraneniya/viewer) (дата обращения: 05.08.2023)
6. Концепция информационной безопасности в сфере здравоохранения (утверждено протоколом президиума Правительственной комиссии по

- цифровому развитию, использованию информационных технологий для улучшения качества жизни и условий ведения предпринимательской деятельности от 10.03.2022 №7) [URL: https://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_424530/82f465df6c960d6c](https://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_424530/82f465df6c960d6c) (дата обращения: 18.09.2023)
7. Морозова Ю.А. Цифровая трансформация российского здравоохранения как фактор развития отрасли // Интеллект. Инновации. Инвестиции.2020.№2.С.36-47
1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovaya-transformatsiya-rossiyskogo-zdravooxraneniya-kak-faktor-razvitiya-otrasli/viewer> (дата обращения: 27.07.2023)
8. Муслимов М.И. Цифровое здравоохранение как фактор революционных преобразований в отрасли // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2018. №3. С.63-74.
9. Об итогах работы Министерства здравоохранения РФ за 2022 год и задачах на 2023 год, 242с. URL: <https://medinvestclub.ru/wp-content/uploads/2023/04> (дата обращения: 18.09.2023).
10. Олюнин И.С., Белякова Г.Я. Цифровизация медицины РФ в 2022-2025 годах: тренды и вызовы //E-Scio.2022.С.1-4 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovizatsiya-medsiny-rf-v-2022-2025-godah-trendy-i-vyzovy/viewer> (дата обращения:25.07.2023).
11. Островик М.О., Кавешников А.В., Серебрякова В.Н. Информированность и отношение студенческой молодежи к цифровой медицине // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины.2020.№35(3).С.141-150 URL:<https://1053-4877-1-SM.pdf> (дата обращения: 20.07.2023).
12. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ современного состояния информатизации здравоохранения в условиях концепции создания единого цифрового контура в здравоохранении». Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 31 мая 2022 года,45С. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b2e/1w15z0qtvef2puoaywx1a7xm8pgu63qx.pdf> (дата обращения: 20.07.2023).
13. Предложения по развитию (реформы) российской системы здравоохранения до 2024 г. и на период до 2030 г. Подготовлено экспертным и профессиональным

медицинским сообществом РФ. Проект от 10.10.2020, 39С. URL: https://www.vshouz.ru/orgzdrav2020/Reforma_ohrany_zdorovya.pdf (дата обращения: 25.07.2023).

14. Распоряжение Правительства РФ № 3980-р от 29.12.2021 г. Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403236631/> (дата обращения: 25.07.2023).

15. Салимьянова И.Г., Дячук А.В. Инновационный контур в здравоохранении в условиях цифровой трансформации // Известия Санкт - Петербургского экономического университета. 2021. № 1. С. 122-128.

References:

1. *Alpakov N.G.* [Digitalization of medicine in 2022: trends and practical application. Automation of the medical center-2022] (In Russ.). URL: <http://1cbit.ru> (accessed: 07.31.2023).
2. *Galitskaya V.A., Meshcheryakova N.N.* ["Digital paradoxes" in the healthcare system] *Issues of state and municipal administration*, 2022, no 4, pp.176-196 (In Russ.). URL: <https://vgmu.hse.ru/data/2022/12/19/17190601> (accessed: 07.27.2023).
3. *Grebenyuk A.Yu.* [Top-10 digital solutions in medicine and healthcare] Moscow, «Higher School of Economics» (In Russ.). URL: <https://issek.hse.ru/mirror/pubs/share/691544300.pdf> (accessed: 25.07.2023).
4. *G.I. Abdrakhmanova, S.A. Vasilkovsky, K.O. Vishnevsky, L.M. Gokhberg et al.* [Digital Economy Indicators: 2022: statistical collection] Moscow, «Higher School of Economics» Publ., 2023, 323 p.
5. *Karzia A.A.* [Information and legal support of the digital system of the health ecosystem] *Legal informatics*, 2021, no1, pp.13-23 (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionno-pravovoe-obespechenie-tsifrovoy-ekosistemy-zdravoohraneniya/viewer> (accessed: 08.05.2023).
6. [The concept of information security in the field of healthcare (approved by the Protocol of the Presidium of the Government Commission on Digital Development, the Use of Information Technologies to improve the quality of life and business conditions dated 10.03.2022 No. 7)] (In Russ.). URL: https://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_424530/82f465df6c960d6c (accessed: 18.09.2023).

7. *Morozova Yu.A.* [Digital transformation of Russian healthcare as a factor of industry development] *Intelligence. Innovation. Investment*, 2020, no2, pp 36-47 (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovaya-transformatsiya-rossiyskogo-zdravoohraneniya-kak-faktor-razvitiya-otrasli/viewer> (accessed: 07.27.2023).
8. *Muslimov M.I.* [Digital healthcare as a factor of revolutionary transformations in the industry] *Modern problems of healthcare and medical statistics*, 2018,no3, pp.63-74 (In Russ.).
9. [On the results of the work of the Ministry of Health of the Russian Federation for 2022 and tasks for 2023, 242 P.]. (In Russ.). URL: <https://medinvestclub.ru/wp-content/uploads/2023/04> (accessed: 18.09.2023).
10. *Olyunin I.S., Belyakova G.Ya.* [Digitalization of Russian medicine in 2022-2025: trends and challenges] *E-Scio*,2022, pp.1-4 (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovizatsiya-meditiny-rf-v-2022-2025-godah-trendy-i-vyzovy/viewer> (date of application: 07.25.2023).
11. *Ostrovik M.O., Kaveshnikov A.V., Serebryakova V.N.* [Awareness and attitude of students to digital medicine] *Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 2020, no. 35(3), pp.141-150 (In Russ.). URL:<https://1053-4877-1-SM.pdf> (accessed: 07.25.2023).
12. [Report on the results of the expert-analytical event "Analysis of the current state of health informatization in the context of the concept of creating a single digital circuit in healthcare". Approved by the Board of the Accounts Chamber of the Russian Federation on May 31, 2022, 45C.] URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b2e/1wl5z0qtvef2puoaywx1a7xm8pgu63qx.pdf> (accessed: 07.20.2023).
13. [Proposals for the development (reform) of the Russian healthcare system until 2024 and for the period up to 2030 have been prepared by the expert and professional medical community of the Russian Federation. The project from 10.10.2020, 39C.] (In Russ.). URL: https://www.vshouz.ru/orgzdrav2020/Reforma_ohrany_zdorovya.pdf (accessed: 07.25.2023).
14. [Decree of the Government of the Russian Federation no. 3980-r dated 29.12.2021. On the approval of the strategic direction in the field of digital transformation of

healthcare]

(In

Russ.).

URL:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403236631> / (date of request: 25.07.2023).

15. *Salimyanova I.G., Dyachuk A.V.* [Innovative contour in healthcare in conditions of digital transformation] *Izvestiya of St. Petersburg University of Economics*, 2021, no.1, p.122-128 (In Russ.).

© Устинов А.Л., Луковенков С.И.

УДК 94

ЭКСПЕРИМЕНТЫ ТАСКИГИ В США В 1932–1972 ГГ.: НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЙ И НАУЧНЫЙ СМЫСЛ

Устинов А. Л.¹, Луковенков С. И.¹

*¹ Кафедра истории, экономики и правоведения
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация*

Резюме. В статье дается анализ одного из самых странных, жестоких и бессмысленных медицинских экспериментов в истории – эксперимента Таскиги. Авторы дают нравственно-этическую оценку данного эксперимента, анализирует его результаты, опираясь на переведенные источники по данному эксперименту. По ходу работы авторы приходят к выводу, что эксперимент Таскиги является ужасающим примером того, как расизм и дискриминация могут оказать серьезное влияние на медицинское исследование и практику.

Ключевые слова: эксперимент, расизм, наука, медицина, опыты, этика.

TUSKEGEE EXPERIMENTS IN THE USA IN 1932–1972: MORAL, ETHICAL AND SCIENTIFIC MEANING

Ustinov A.L.¹, Lukovenkov S.I.¹

*¹ Department of history, economics and jurisprudence
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation*

Summary. The article analyzes one of the strangest, most cruel and senseless medical experiments in history – the Tuskegee experiment. The authors give a moral and ethical assessment of this experiment, analyzes its results, relying on translated sources on this experiment. Along the way, the authors come to the conclusion that the Tuskegee experiment is a terrifying example of how racism and discrimination can have a serious impact on medical research and practice.

Keywords: experiment, racism, science, medicine, experiments, ethics.

Введение

В 1930-х годах в рамках национальной программы США по изучению и профилактике инфекционных заболеваний проводился эксперимент на людях в городе Таскиги, штат Алабама. Целью исследования было изучить естественный ход сифилиса у чернокожего населения.

Также, в наше время, когда на Западе стало модно говорить о толерантности и «каяться» за грехи прошлого, не стоит забывать и об эксперименте Таскиги, в ходе которого расизм и лицемерие американской системы проявились в полной мере. Афроамериканские мужчины были выбраны в качестве участников эксперимента из-за стереотипов об их высокой склонности к сифилису, а также из-за социально-экономических проблем, с которыми они сталкивались.

Конечно, в нацистских лагерях и лабораториях проводилось очень много жестоких и безнравственных экспериментов на людях. Однако, при всей их жестокости эти эксперименты дали определенные результаты, которые использует современная наука. Эксперимент Таскиги был не просто безнравственным и жестоким. Он был лишен смысла, т.к. на тот период времени сифилис был уже достаточно изучен, и методы его лечения эффективно применялись во всем мире. Однако отношение к участникам эксперимента как людям неполноценным привело к многочисленным, и бессмысленным для науки жертвам ни в чем неповинных людей. Изучение таких экспериментов очень важно сегодня, чтобы не допустить повторения чего-то подобного в будущем.

Цель работы

Анализ значения эксперимента Таскиги в развитии медицины, нравственно-этический анализ эксперимента.

Материалы и методы

Литературную базу исследования составили такие работы, как труды:

1. "Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment" (Худшие крови: Эксперимент на сифилис в Таскиги) – книга доктора Джеймса Х. Джонса, опубликованная в 1981 году. В этой книге Джонс подробно рассматривает исследование в Таскиги и его историю, а также анализирует социальное и культурное окружение, в котором оно проходило [1].
2. "Legacy of the Tuskegee Syphilis Study: Assessing Its Impact on Biomedical and Health Equity" (Наследие исследования сифилиса в Таскиги: оценка его воздействия на

биомедицинское и здравоохранение) – авторы этой книги исследуют последствия многолетнего эксперимента в Таскиги и на его уроки для современной медицины [2].

3. "Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study" (Расизм и исследования: случай эксперимента на сифилис в Таскиги) – статья, опубликованная в журнале "American Journal of Public Health" в 1990 году, которая рассматривает влияние расизма на исследование в Таскиги и на практику медицины в целом [3].

4. "The Tuskegee Legacy Project: A Preliminary Report" (Проект наследства в Таскиги: предварительный отчет) – отчет, подготовленный Национальным центром здравоохранения для мужчин университета Tuskegee после одноименного исследования в 1996 году. Он рассматривает историю исследования в Таскиги и его последствия, а также содержит рекомендации по улучшению образования и предотвращению подобных событий в будущем [4].

Методологическую базу работы составили:

1. Историко-системный метод;
2. Ретроспективный метод;
3. Идеографический метод.

Результаты и обсуждение

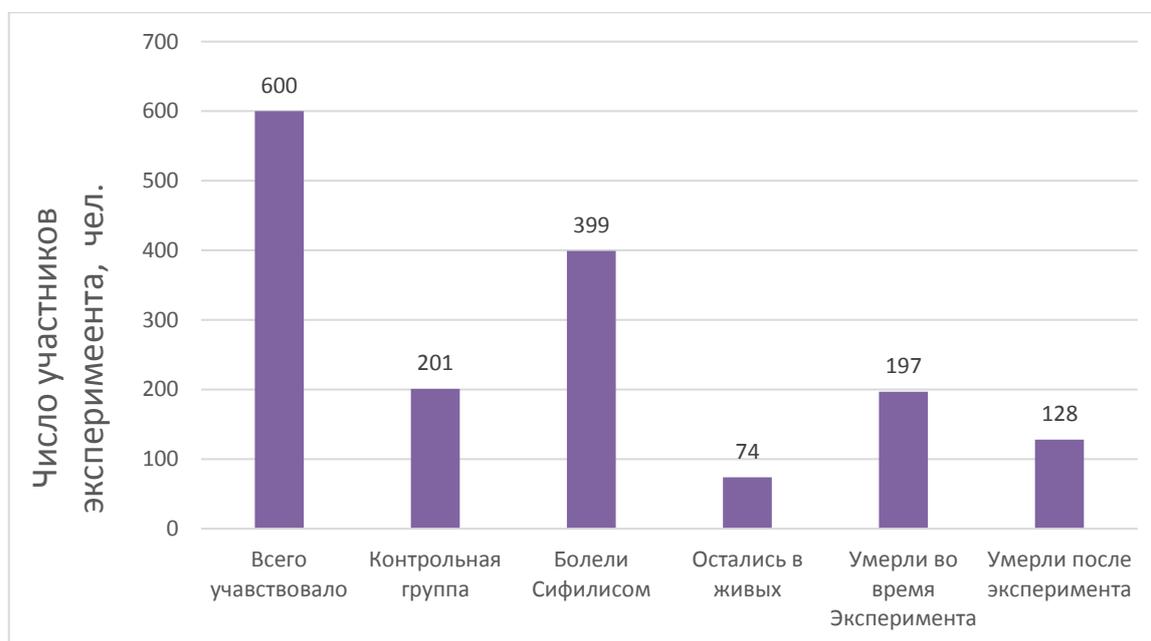
Эксперимент в Таскиги, бесспорно, оказался одним из самых скандальных медицинских экспериментов в истории США, который привлек к себе внимание всего мира.

Изначально эксперимент в Таскиги был придуман как научное исследование естественного протекания сифилиса, но по мере его продолжения стало очевидно, что происходит нечто гораздо более ужасное. Мужчины, предполагавшие, что их лечат от сифилиса, на самом деле получали только противоболевые и паллиативное лечение, но при этом их состояние продолжалось ухудшаться. Это происходило из-за того, что препараты, которые получали пациенты, лишь снимали симптомы, потому что медики активно отказывались от лечения, чтобы сохранить "естественность" эксперимента.

В работе Ralph V Katz «The legacy of the Tuskegee Syphilis Study: assessing its impact on willingness to participate in biomedical studies» дается подробная статистика летальности в результате эксперимента Таскиги (см. график № 1).

График 1

Статистика участников эксперимента Таскиги [2]



Можно отметить, что результаты исследования могли быть полезными для науки только при соблюдении всех этических стандартов. В эксперименте участвовало 600 афроамериканских мужчин, которые стали жертвами жестокого медицинского эксперимента, который продолжался долгих 40 лет. Из 600 чел. только 399 болели сифилисом на начало эксперимента, еще 201 были заражены в процессе его проведения. В ходе эксперимента 197 чел. скончались, еще 128 чел. умерли в течение 5–10 лет после прерывания эксперимента, и только 74 человека смогли его пережить (см. график № 1). Эти цифры свидетельствуют о неэффективности эксперимента, а ситуация, в которую были вовлечены его участники, не позволила им искать более эффективные методы лечения. Как следствие, участники эксперимента оказались заложниками происходящего, и большая их часть была обречена на долгую и мучительную смерть. И это в стране, которая считалась и считается эталоном демократии. Цели эксперимента, заявленные официально и раскрытые после его завершения радикально отличаются. Участники эксперимента стали жертвой обмана, им было объявлено, что они получают эффективное и современное лечение, им запрещалось обращаться к другим врачам с целью сохранения «чистоты эксперимента», по факту же «пациенты» получали пустышки. Фактическая цель

эксперимента состояла в изучении протекания сифилиса, и не поиске методов его лечения. Выборка участников эксперимента была обусловлена шовинистической позицией его организаторов, считавших чернокожее население расово неполноценным.

Многие американские медики и правительственные служащие участвовали в эксперименте или знали о нем, но не предприняли ничего, чтобы остановить этот бесчеловечный опыт над людьми.

После обнародования информации об эксперименте весь мир был возмущен подобной практикой, и это событие стало отправной точкой для создания нормативных актов, связанных с проведением медицинских исследований.

Выводы

1. История этого исследования демонстрирует, насколько была глубока корневая проблема расизма в американской системе и насколько важно учитывать эту проблему в исследовании по истории медицины и современным медицинским практикам.

2. Исследование подчеркивает, что результаты эксперимента могли быть полезными только при соблюдении этических стандартов, которые в данном случае были нарушены.

3. Участники эксперимента стали жертвами жестокого обмана и неэффективного лечения, поскольку медики активно отказывались от настоящего лечения, чтобы сохранить "естественность" эксперимента.

4. Эксперимент Таскиги привел к множеству смертей и страданиям участников, которые были обречены на долгую и мучительную смерть.

5. Реакция общества на обнародование информации об эксперименте привела к созданию нормативных актов, регулирующих проведение медицинских исследований, и показывает важность соблюдения этических принципов при проведении подобных экспериментов.

Список литературы

1. James H. Jones, Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://archive.org/details/badbloodtuskegee00jone/mode/2up>]. (дата обращения: 12.10.2023 г.).

2. Ralph V Katz, The legacy of the Tuskegee Syphilis Study: assessing its impact on willingness to participate in biomedical studies // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19029744/> (дата обращения: 12.10.2023 г.).
3. Brandt A. M. Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/721302/> (дата обращения: 12.10.2023 г.).
4. Ralph V Katz, The Tuskegee Legacy Project: history, preliminary scientific findings, and unanticipated societal benefits // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12519002/> (дата обращения: 12.10.2023 г.).