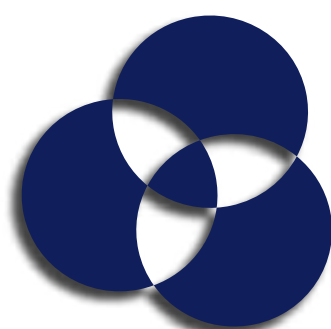


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

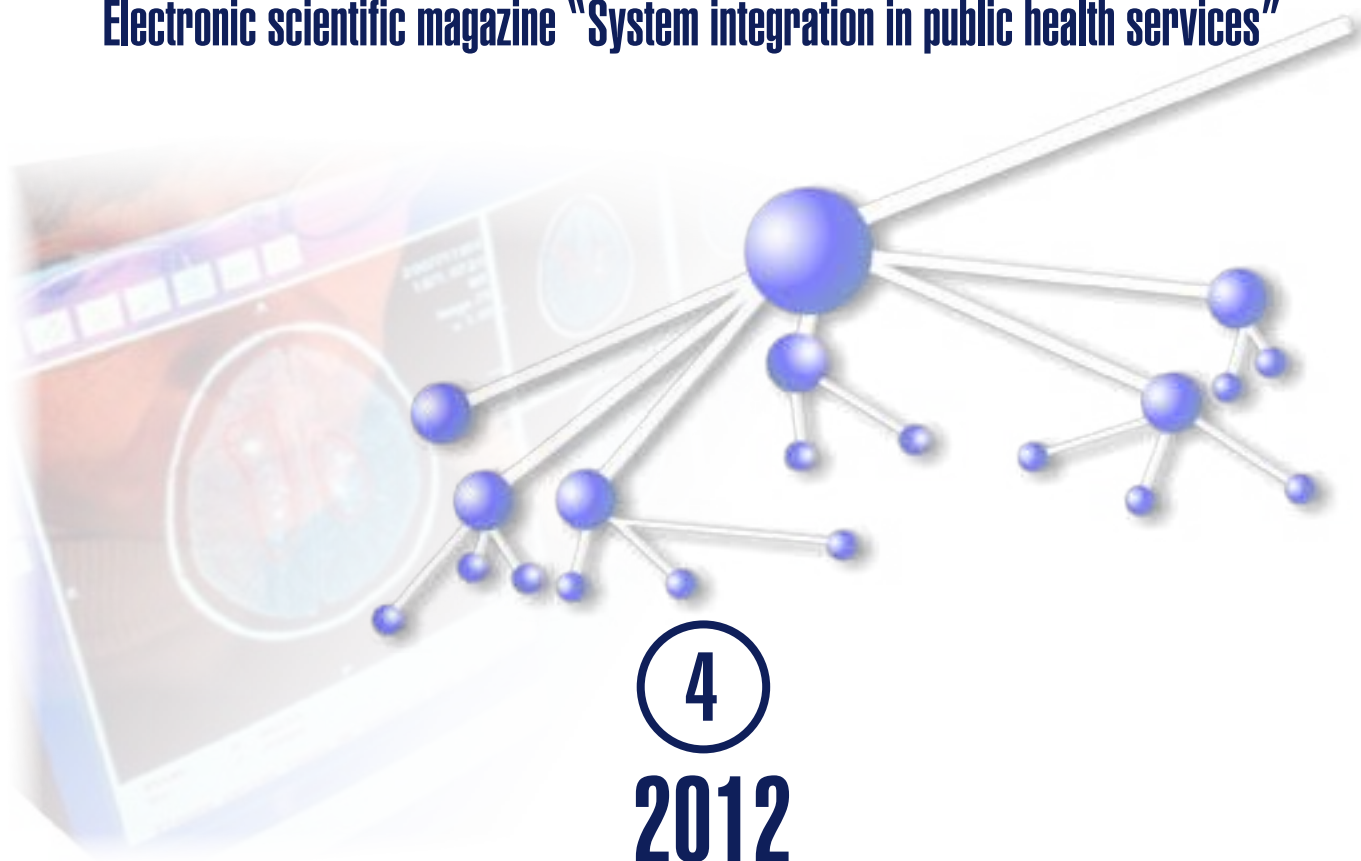
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



4

2012

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

www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

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

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

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

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

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2012



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 (18) 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор С.И.БЛОХИНА
Заместители главного редактора
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО
Ответственный редактор Т.К.ЛУГОВКИНА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
Б.А.КОБРИНСКИЙ (Москва)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.Л.СТОЛЯР (Москва)
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)
А.В.СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

Уважаемые читатели!

Вашему вниманию предложен выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении», посвященный вопросам социальной и психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелыми нарушениями здоровья, которые стали предметом обсуждения на научно-практической конференции «Социальные стратегии модернизации детского здравоохранения», состоявшейся 10 – 11 октября 2012 г. в ОДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум» в Екатеринбурге.



Конференцию открыла С.И. Блохина, директор НПЦ «Бонум», доктор медицинских наук, профессор УГМА, действительный член АИН им. А.М. Прохорова, заслуженный врач Российской Федерации. В ее обзорном докладе были обозначены наиболее актуальные направления деятельности центра медико-социальной реабилитации и организационные формы, благодаря которым центру удалось занять и сохранять лидирующие позиции среди аналогичных медицинских учреждений в условиях, требующих выполнения не только важной социальной задачи охраны и восстановления здоровья детей, но и приобретения необходимой для рыночных отношений конкурентоспособности. В докладе проректора по научной работе УГМА, доктора медицинских наук, профессора О.П. Ковтун была представлена национальная стратегия действий в интересах российских детей как современное направление государственной политики в области детства. Вопросы социальной поддержки детей и семей с детьми были представлены в серии докладов специалистов Министерства социальной политики Свердловской области, в частности, в докладе Е.Э. Лайковской, первого заместителя министра социальной политики Свердловской области, кандидата медицинских наук, посвященном задачам модернизации государственной социальной политики Свердловской области и инновационным подходам их решения в сфере семейной политики. В докладах преподавателей кафедр социальной работы Уральского федерального университета им. первого президента России Б.Н. Ельцина и УГМА были представлены результаты исследований, связанных с деятельностью конкретных специалистов реабилитационных центров.

Наряду с российскими учеными в конференции принял участие американский исследователь Джеффри М. Лейфарт, психолог, PhD, профессор университета Сан-Франциско (Калифорния, США), директор по управлению качеством Института SHANTI (Лицензия Штата Калифорния № PSY5757), приглашенный на конференцию Уральским федеральным университетом. Американским профессором было проведено три мастер-класса для практических работников реабилитационных учреждений по проблеме формирования психофизиологической программы здоровья для людей с тяжелыми заболеваниями.

На конференции состоялось неформальное, заинтересованное обсуждение вопросов интеграции немедицинских реабилитационных технологий в комплексный процесс восстановительного лечения детей с врожденными или приобретенными патологиями. Значимость и необходимость такого обсуждения вызвана меняющимися условиями деятельности медицинских учреждений. Практика показала, что интеграция медицинских и немедицинских технологий позволяет добиться существенных результатов в повышении качества жизни больных детей и качества их последующей социальной интеграции, включения в жизнь современного общества. Часть докладов, прозвучавших на конференции, представлена в статьях настоящего выпуска журнала.

*научный консультант НПЦ «Бонум»,
доктор социологических наук, профессор,
зав. кафедрой социальной работы
Уральского федерального университета
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина
Старшинова Алла Викторовна*

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Архипова Е.Б. ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	5
Гоголева Е.А. ЭВОЛЮЦИЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ТРАКТОВКЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИОЛОГИИ.....	17
Ивачев П.В. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УРАЛА.....	30
Миронова М.В. ВОЗМОЖНОСТИ СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ В СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	35
Набойченко Е.С., Фокина Е.В. ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА УСВОЕНИЕ ДЕТЬМИ ПОЛОВЫХ РОЛЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ.....	42
Никорчук Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	49
Обухова Н.В. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	55
Шило А.С. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ: ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРОФЕССИИ.....	60

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Леонтьев И.Л. КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.....	68
Елькин И.О., Егоров В.М., Девайкин Е.В., Степанова Е.А., Горбунов И.А., Карякин М.А., Швецов М.Е. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.....	82

ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Архипова Е.Б

*Кафедра социальной работы,
Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина, г. Екатеринбург*

Статья посвящена вопросам использования социологических методов исследования в здравоохранении. Акцент делается на три метода – биографическое интервью, глубинное интервью и наблюдение. Предлагается сама методика и специфика ее использования при работе с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями.

Ключевые слова: социологические исследования, биографическое интервью, глубинное интервью, наблюдение

Application of sociological method for research with families who are bringing up a child with disabilities

Arhipova E.B.

Ural Federal University, Ekaterinburg

The article focuses on the sociological research methods in health care. The emphasis is on three methods - biographical interviews, in-depth interviews and observation. The article proposes methods and the specificity of their use when working with families who are bringing up a child with disabilities.

Keywords: sociological research, biographical interviews, in-depth interviews and observation.

В социологических исследованиях заключены значительные возможности повышения научного уровня социальной работы, обновления и обогащения ее содержания. Эти возможности раскрываются по мере того, как методы социологического исследования и его анализа регулярно используются для оценки состояния и эффективности деятельности социальных служб, для актуализации проблем отдельных категорий клиентов и для разработки новых методик работы с ними.

Данные социологических исследований являются важным инструментом решения проблем самых различных социальных групп, в том числе и семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями.

Для специалистов, работающих с семьями, в которых родился ребенок с серьезным заболеванием, знание основных социологических методик и умение их использовать в своей профессиональной деятельности существенно расширяет эффективность их работы по следующим направлениям:

1. Диагностика основных проблем семей, воспитывающих ребенка-инвалида.
2. Выявление причин и природы возникающих социальных проблем у данной категории семей.
3. Оценка потребностей и нужд таких семей, которые еще не охвачены профессиональной помощью.
4. Сбор информации о социальном окружении данных семей с целью поиска скрытых ресурсов и возможностей.
5. Оптимизация управленческой, организационной деятельности специалистов (отделов, служб и т.д.) в решении проблем семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями.
6. Разработка рекомендаций по организации социальной работы на кратко -, средне -, долгосрочную перспективу.
7. Критическое переосмысление практики социальной работы с семьями.

Рассмотрим некоторые методологические проблемы и методические сложности социологического изучения данной социальной группы, которые возникают на различных этапах проведения исследования.

Перед проведением социологического исследования необходимо:

1. Обосновать возможность получения информации от семей, воспитывающих детей с различными видами заболевания
2. Адаптировать традиционные социологические методики для применения их к данной социальной категории
3. Определить этические подходы к организации процедур исследования таких семей. (Данное требование обусловлено эмоциональной спецификой данной категории семей, которая, безусловно, находится в кризисной ситуации)
4. Решить проблему полноты и глубины получения информации

На этапе сбора информации необходимо учитывать специфику потенциальных респондентов. От того, насколько исследователь сможет установить контакт с респондентом, напрямую зависит полнота и глубина получения информации от родителей, у которых родился ребенок с серьезным заболеванием, ведущим к инвалидности. Поэтому, кроме социологических знаний, исследователю нужны практические навыки общения с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями, с самими инвалидами, знание их психологических особенностей, умение расположить к себе каждого респондента, вывести на доверительный разговор.

При проведении исследования (на этапе сбора информации) с такими сложными группами респондентов могут возникнуть следующие проблемы:

1. Большое количество отказов от участия в исследовании, вызванных неверием родителей в положительные последствия их участия
2. Ожидание личных «благ» после участия в исследовании (что получит конкретная семья, если один из родителей или оба ответят на вопросы)
3. При общем согласии участвовать в исследовании нежелание отвечать на вопросы о здоровье, семье, жизненных планах и перспективах.

Для решения данных проблем необходимо соблюдать следующие этические подходы при проведении исследований с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями:

1. Размещение социально-демографического блока в начале анкеты (плана интервью), несмотря на то, что в стандартных исследованиях его принято размещать в конце инструмента. Для данной категории подобные вопросы являются контактными, то есть будут способствовать установлению контакта с респондентом и формированию настроения на дальнейшую работу
2. Вопросы о диагнозе, группе инвалидности, на которые родители, скорее всего, будут отвечать неохотно, желательно размещать в конце анкеты или интервью.
3. Часть информации, касающейся диагноза, истории заболевания, инвалидности (если Вы не поставили перед собой цель изучить субъективные переживания родителей данных аспектов), лучше взять из медицинской карты, вместо того, чтобы узнавать напрямую от самих родителей.

В целом все социологические методы исследования делятся на две большие группы: количественные и качественные методы.

К числу количественных методов относят различные разновидности опросных техник: анкетирование, интервьюирование, телефонный опрос.

На сегодняшний день анкетный опрос является одним из наиболее оперативных и распространенных способов сбора первичной социологической информации. Формализованный характер беседы в этом случае хорошо организует и направляет беседу в необходимом исследователю русле и позволяет охватить в рамках исследования значительно большее количество респондентов и получить статистически значимую информацию.

Однако использование качественных методов исследования дает нам возможность более широко и глубоко погрузиться в исследуемую тему и изучить сложную социальную

проблему комплексно: проследить причинно-следственные связи, понять глубинную мотивацию поступков людей и выйти на уровень субъективных (личностных) переживаний.

Из всего многообразия качественных социологических методик для изучения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, наибольший интерес и практическую значимость представляют: биографическое интервью, глубинное интервью и наблюдение.

Самым эффективным и наглядным методом, позволяющим изучить процесс принятия родителями факта инвалидности у ребенка и адаптации к трудной жизненной ситуации, является биографическое нарративное интервью. Так как оно позволяет, исходя из прошлого и настоящего жизненного опыта, сконструировать модель поведения респондента в целом и в будущем. Этому способствуют следующие моменты.

Во-первых, рассказчик воспроизводит историю о событиях своей жизни так, как эти события были им пережиты, т.е. жизненный опыт репродуцируется в соответствии с ощущениями и оценкой самого повествующего. Отсюда, с помощью биографического интервью, можно реконструировать не только жизненные события, а так же и их ценностное наполнение.

Во-вторых, в процессе нарративного интервью респондент излагает события из своей жизни взаимосвязано, так как чувствует необходимость заканчивать начатое повествование отдельных сюжетов и эпизодов своей жизни (доводить их до завершения) и делать понятной их взаимосвязь для слушателя. Поэтому все важные и существенные для жизненного опыта рассказчика события излагаются в их целостной взаимосвязи, а каждый конкретный эпизод получает законченный вид.

В-третьих, поскольку рассказчик понимает, что в его распоряжении ограниченное количество времени, он вынужден останавливаться только на тех обстоятельствах и событиях своей жизни, которые он считает наиболее значимыми и имеющими решающее значение. Поэтому повествующий сообщает исследователю только наиболее релевантную информацию о событиях, связях и последствиях этих событий, другими словами информацию, отвечающую критерию существенности. Поэтому, биографическое интервью имеет в данном случае элемент селекции значимости жизненных событий для человека.

В самом общем виде биографическое нарративное интервью представляет собой следующую структуру.

1-й этап: начало интервью и основной рассказ. Исследователь кратко формулирует просьбу или общий вопрос ("нарративный импульс"), цель которого - стимулировать респондента к биографическому повествованию. Здесь имеет место своеобразная биографическая разминка: составление списка наиболее важных жизненных событий прошлого, настоящего и будущего. Это можно сделать в виде ветвистого дерева или в виде жизненной оси. После датировки и упорядочения событий необходимо задать основной вопрос. Например: "Я хотел бы попросить Вас рассказать историю Вашей семьи. Лучше всего, если Вы начнете с момента принятия решения завести ребенка, и расскажете затем обо всем, что с Вами происходило вплоть до настоящего времени. Вы можете говорить даже о деталях, так как меня интересует все, что важно для Вас самого".

После того, как респондент начал рассказ, функция исследователя сводится к роли слушателя и стимулирования продолжения повествования. Пассивная роль интервьюера позволяет рассказчику в наибольшей степени сконцентрироваться на своем жизненном опыте. В случае если респондент заканчивает повествование, говоря: "Вот это, пожалуй, все...", или другим подобным способом дает понять, что он закончил, интервьюер должен попытаться задать новый вопрос или сформулировать новую просьбу. Последние не должны ставить респондента перед необходимостью аргументации и оценки описанных событий. Их цель - стимулировать рассказ о периодах жизни, которые либо были недостаточно освещены, либо вообще остались не затронутыми.

2-й этап: "фаза нарративных расспросов". Респонденту задаются вопросы о событиях, упомянутых им ранее в своем повествовании. Исследователь касается прерванных линий рассказа, малопонятных для него мест и предлагает интервьюируемому дополнить или прояснить их.

3-й этап: заключительная часть. Респондент может проанализировать свою жизнь, дать ценностную оценку своих поступков и т.д.

В результате биографического нарративного интервью с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями, исследователь получает следующие материалы, касающиеся жизни респондента:

1. Список наиболее важных жизненных событий прошлого, настоящего и будущего.
2. Датировка и упорядочение этих событий.
3. Их ранжирование по значимости лично «для себя» и «для других», по их эффективности
4. Оценка удаленности событий прошлое – настоящее - будущее.
5. Причинно следственный анализ событий.

6. Оценка сферы принадлежности событий.

Проанализировав материалы биографических интервью, можно сконструировать модели поведения родителей, типологизировать способы адаптации к трудной жизненной ситуации, проанализировать полученные модели и способы с точки зрения их успешности и выработать рекомендации, которые бы оптимизировали деятельность специалистов, работающих с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями.

Второй метод, позволяющий комплексно изучить данную категорию семей – глубинное интервью.

Глубинные интервью незаменимы в данном случае, так как родители, воспитывающие детей с тяжелыми нарушениями здоровья, представляют собой группу, которую затруднительно собрать в одно и то же время в одном и том же месте для проведения групповой дискуссии.

Помимо этого, обсуждение деликатных, личных тем (которой и является инвалидность у ребенка) предполагает создание доверительной атмосферы при общении опытного интервьюера с респондентом один на один. Родители могут отказаться обсуждать свои личные проблемы в группе - например, некоторые эмоциональные реакции на заболевание своего ребенка. Общение лицом к лицу и здесь и сейчас – дает всю полноту диалогичности, возможность считать, снять невербальную информацию об изучаемом феномене.

Глубинное интервью — это неструктурированное личное интервью с респондентом, проводимое с использованием специальных методик, побуждающих респондента к продолжительным и обстоятельным рассуждениям по вопросам, интересующим исследователя, к раскрытию основных мотивов респондента, убеждений, чувств и отношения к изучаемой теме. Интервью представляет такой вид социально-психологического общения, в котором роли коммуникаторов закреплены, нормированы, а цели и мотивы заданы извне задачами исследования. Это не только метод получения данных, но и метод непосредственного изучения объекта в общении с ним. Методики проведения глубинного интервью предполагают получение от респондента развернутых ответов в произвольной форме на вопросы по теме исследования, а не формальное заполнение анкеты при массовых опросах.

Таким образом, получаемая в ходе такого интервью информация отражает не только стандартное мышление родителей, но и происходящие более глубокие психологические процессы, выявляет мотивацию к конкретным действиям, механизмы создания установок по отношению к своему ребенку, к его заболеванию и т.п. В ходе интервью мы можем

зафиксировать также степень принятия родителями данной трудной жизненной ситуации, их готовность участвовать в развитии ребенка совместно со специалистами разного уровня еще на первых месяцах его жизни.

Методика проведения глубинного интервью предполагает личную встречу в специальном помещении в отсутствии посторонних лиц. Длится оно обычно от 30 минут до 1,5 часов в зависимости от задач исследования и особенностей самого респондента. Чтобы полноценно раскрыть определенную тему среди представителей одной целевой группы, обычно проводится не менее 6-8 глубинных интервью, чаще 10-15.

В большинстве случаев глубинное интервьюирование подразумевает опрос одного человека, но учитывая специфику нашей целевой группы, возможно использование модификации этого метода, когда в беседе принимают участие 2 или 3 респондента (оба родителя и/или представитель старшего поколения семьи). Данная форма так называемого «группового семейного интервью» будет иметь также и терапевтический эффект для всех членов семьи. Поскольку когда поверхность социальной жизни взламывается "странным событием", таким как рождение больного ребенка, внезапно становятся видимыми все социальные, культурные, общественные и моральные проблемы в семейных отношениях. Посредством совместного проговаривания проблем происходит их осознание и принятие.

Вначале интервью исследователь задает тему для обсуждения и ведет беседу с респондентом по заранее намеченному плану (путеводителю - interview guide) таким образом, чтобы получить наиболее подробную информацию о причинах его действий, об отношении к различным службам, об отношении к конкретным аспектам служившейся ситуации – чтобы раскрыть все аспекты изучаемой проблемы. Несмотря на то, что исследователь придерживается заранее разработанного сценария (путеводителя) интервью, он активно реагирует на ответы респондента, задает уточняющие вопросы.

Есть несколько основных принципов, важных для конструкции путеводителя в глубинных интервью.

1. Признания за респондентами права рассказывать жизненные истории своими словами. При формулировании вопросов крайне важно, чтобы они были составлены в общей и недирективной манере. Наша основная задача - сдвинуть респондентов с мертвой точки, побудить их говорить, без излишнего уточнения предмета или перспектив этого разговора. Ни в коем случае вопрос не может подсказывать, какими словами на него отвечать.

2. Побуждение к респонденту с просьбой вспомнить такие случаи, в которых имела место изучаемая тема. (Перечисление этих случаев иногда может само собой оказаться на поверхности, и исследователь должен быть готов быстро развить их). «Что было наиболее поразительным в этом? Почему именно это было удивительно? Чему конкретно это противоречило?» Такого рода вопросы дают респонденту возможность уяснить ожидания, которые при обычных обстоятельствах скрыты от них. Они также создают новые возможности для исследователя.

В ходе интервью исследователю необходимо проявлять навыки активного слушателя. Помимо эмоционального стимулирования респондента и оказания поддержки, которая бы стимулировала его на активную беседу, техника вслушивания несет в себе потенциал для дальнейшего развертывания коммуникации. Исследователь должен внимательно вслушиваться во многие вещи. Первая цель - ключевые слова, которые были выделены на этапе методологического обоснования исследования. Когда эти слова появляются в ответах респондента, за ними нужно внимательно следить с целью выявления сопутствующих предположений и взаимосвязей этого слова. Интервьюер прислушивается ко всему этому, и если этого не происходит в ответе на общие вопросы, прорабатывает логические возможности, одну за другой, с помощью стимулирования развернутых ответов.

Но исследователю приходится также прислушиваться ко многим другим вещам, включая управление впечатлением, избегание тем, намеренное искажение, недопонимание и полное непонимание, принимая в каждом случае необходимые меры для решения проблемы. Когда респондент намеренно избегает какой-либо темы, нужно посмотреть, можно ли подойти к проблеме другим путем: не так прямо, а косвенно, или с помощью других, менее угрожающих, слов и выражений. Практика показывает, иногда респонденты внезапно обнаруживают, что они говорят о себе значительно больше, чем хотели бы, и пугаются данных ситуаций. В таких случаях необходимо предоставить респонденту своеобразный разговорный "гамбит", уступку, меняя тему. Если исследователь будет настаивать на развитии случайного свидетельства, респондент с большой вероятностью откажется от какого бы то ни было дальнейшего участия в интервью.

При соблюдении всего вышесказанного глубинное интервью с представителями данной группы семей позволит в итоге всесторонне и подробно раскрыть потребности, мотивации, объяснить поведение, позиции респондентов, принципы принятия решений в эмоциональных и личностных аспектах их жизни.

И, наконец, третий качественный метод исследования, который имеет большой потенциал в изучении семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями – наблюдение.

Наблюдение - это метод сбора первичной социальной информации об изучаемом объекте путем направленного, систематического и непосредственного визуального и слухового восприятия (отслеживания) и регистрации значимых с точки зрения целей и задач исследования социальных явлений, процессов, ситуаций, подвергающихся контролю и проверке.

Наблюдение является единственным методом исследования, которое изучает действия и поступки людей непосредственно в момент их совершения, что исключает возможные ошибки при ретрансляции информации. Кроме этого, наблюдение является привлекательным методом в силу того, что позволяет собирать информацию вне зависимости от желания и умения респондентов предоставлять нам необходимую информацию.

В практике работы с категорией семей, воспитывающей ребенка с тяжелыми нарушениями здоровья, проще всего организовать и провести исследование методом включенного наблюдения.

Включенное наблюдение (participant observation) – это наблюдение, при котором наблюдатель находится в реальных деловых или неформальных отношениях с людьми, за которыми он наблюдает и которых он оценивает.

Исследователь, занимающийся включенным наблюдением, сам является участником событий, пусть даже в течение короткого времени, и таким образом, путем простого наблюдения, может непосредственно фиксировать реакцию информаторов и выявлять реальные механизмы деятельности, стоящие за официальной структурой взаимодействия.

Отсюда наблюдение может проводиться во время посещения родителей с ребенком реабилитационного центра для прохождения медицинских и развивающих процедур, во время проведения тренингов, групп самопомощи, во время бесед со специалистом по социальной работе, информационных семинаров и т.д.

Для получения более достоверных материалов необходимо наблюдение за объектом исследования в разных ситуациях, или как принято говорить, «с учетом контекста наблюдения». Контекст в данном случае представляет собой несколько абстрактное понятие, включающее в себя не только время, место и общую структуру взаимодействия, но и некую - обычно неявную - совокупность норм (нормативную структуру), регулирующих поведение людей в данных обстоятельствах места и времени. В этом

смысле можно говорить о различии контекста семейного взаимодействия в присутствии специалиста (например, на приеме) и в коридоре, среди других посетителей. В еще более обобщенной форме различие контекстов социального взаимодействия может быть описано с помощью введенного И. Гоффманом противопоставления "сценических" и "закулистных" областей. Именно за кулисами супруги выясняют отношения, не руководствуясь более нормативной структурой публичного поведения, и там же проявляют естественное поведение, которое наиболее свойственно для их семьи.

Сравнивая методы интервью и наблюдение необходимо отметить, что в рамках интервью мы сталкиваемся чаще всего со «сценическим, демонстрируемым» поведением, а в ходе наблюдения имеем возможность изучить очень много «закулистных» областей, которое родители могут от нас скрыть во время беседы. В этой связи очень продуктивным для полного раскрытия темы будет комплексное использование нескольких социологических методов.

Научное наблюдение предполагает стандартизацию процедуры посредством разработки методологии исследования и структурирования способа фиксирования данных. В зависимости от этого условия выделяют два типа наблюдения.

1) Нестандартизированное (неструктурированное) наблюдение - это такой способ изучения социальных явлений и процессов, при котором определен только объект наблюдения, но исследователь не определяет заранее, какие именно элементы изучаемого процесса, события, ситуации и т.п. он будет наблюдать. Этот вид наблюдения чаще всего применяется на начальной стадии социологического исследования с целью определения проблемной ситуации.

В этом случае каждая ситуация фиксируется в «дневнике наблюдения» в виде свободного потока сознания, но при этом исследователь должен обязательно уделить внимание следующим смысловым блокам:

- Характеристика объекта (количество, гендерный состав, распределение обязанностей, особенности взаимодействия и т.д.)
- Описание действия (Что совершается, ролевая структура действия, этапы, последовательность действий, время совершения действия и т.д.)
- Фон, сопровождающий действие (Эмоциональный фон, социально-психологическое состояние участников действия, способы реагирования на различные ситуации и т.д.)

2) Стандартизированное (структурированное) наблюдение - такой способ сбора эмпирической социологической информации, при котором заранее определен не только объект и предмет исследования, но и состав элементов изучаемого процесса, которые

имеют наиболее существенное значение для достижения намеченных целей и решения задач, стоящих перед исследователем (исследовательским коллективом). Оно может быть использовано как основной метод сбора информации для точного описания предмета исследования и в качестве способа проверки результатов, полученных другими методами, уточнения, корректировки их.

Его применение требует хорошего предварительного знания предмета исследования и предварительной стандартизации категорий, применяемых в процессе наблюдения, определения подлежащих наблюдению факторов и отражения их в виде таблиц, протоколов, карточек, технических средств, применяемых в процессе осуществления социологического наблюдения. Только соблюдение всех этих условий делает стандартизированное наблюдение контролируемым и результативным.

Любой из описанных выше видов наблюдения несет в себе огромный потенциал для изучения семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Самое значительное преимущество метода наблюдения в том, что он позволяет оценивать реальное поведение, а не информацию о предполагаемом или предпочитаемом вариантах поведения. К сожалению, мы не всегда можем рассчитывать на искренность родителей при использовании вербальных способов сбора информации. Даже при общем согласии на участие в исследовании, они могут подсознательно заменять реальное поведение на желаемое, особенно относительно такой сложной ситуации как воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В случае с наблюдением, потенциальные искажения записи и процедуры опроса (интервью) сведены к минимуму. А некоторые виды информации можно получить только с помощью наблюдения. К ним относятся модели поведения, которые не осознаются или не могут быть описаны респондентами. Например, чтобы получить информацию о предпочтениях детей - инвалидов в выборе игрушек, нужно понаблюдать за их игрой.

Итак, социологические методы несут в себе огромный потенциал для исследования различных социальных проблем, для изучения особенностей групп клиентов, в том числе и семей, воспитывающих ребенка с тяжелыми нарушениями здоровья. Результаты исследований могут заполнить «пустующие ниши» в теории и практике работы с данной категорией семей, могут сделать работу с ними более эффективной, более точно нацеленной на их проблемы и потребности.

Однако применение социологических методов исследования в теории и практике социальной работы должно происходить с учетом всех требований к организации исследований подобного рода, иначе эффективность от их использования будет

минимальной. Данный тезис очень точно представлен у Е.Р. Ярской - Смирновой: «Социальная работа во всех своих ипостасях – один из наиболее тщательно подготовленных, научно и методически оснащенных социальных феноменов. Процесс усиления научных, теоретических и практических основ социальной работы постоянно набирает силу. И очень важно, чтобы социологические исследования как средства научного обеспечения деятельности социальных учреждений и служб использовались грамотно и, как говорится, к месту, давали в руки их организаторам действительно нужную, достоверную и всестороннюю информацию для того, чтобы принимать продуманные решения на основании анализа полученных данных, устранять недочеты, искать правильные и нужные пути решения нуждающимся [1].

Высокая отдача от социологических исследований наблюдается лишь там и тогда, когда они проводятся не ради любопытства и созерцания полученных результатов, а в целях познания проблем социальной работы и устранения этих проблем на практике.

Список литературы

1. Ярская-Смирнова Е.Р. Профессионализация социальной работы в России / Е.Р. Ярская-Смирнова //Социс. – 2001. - №5. - С. 86-95.

Архипова Елена Борисовна – к.с.н., доцент кафедры социальной работы УрФУ, 620142, г. Екатеринбург, ул. Чапаева 16А – 135, телефон: 8 (343) 3507381, e-mail: dtjj@inbox.ru

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ТРАКТОВКЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИОЛОГИИ

Гоголева Е.А.

*Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина*

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

В статье представлен анализ поведенческой, организационной и системной концепций доступности медицинских услуг населению, развиваемых в современной социологической науке. Выявлены основные тенденции изменений понятия доступности медицинских услуг и их критерии.

Ключевые слова: медицинская услуга, медицинская помощь, доступность, системный подход.

Evolution of theoretical and methodological approaches to interpret the accessibility of health services in sociology

Gogoleva E. A.

*Ural Federal University
Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg*

The article presents the results of behavioral, organizational analysis and system concepts for availability in medical services, developed in contemporary social science. The trends of changes in determination of accessibility at the health care system are described.

Keywords: health services, medical care, access, systemic approach.

Одним из приоритетных направлений политики здравоохранения российского государства в настоящее время является улучшение состояния здоровья населения, в том числе и путем обеспечения доступности медицинской помощи, что должно способствовать повышению качества жизни.

Степень доступности к услугам здравоохранения является значимой социальной проблемой для любого общества. В Докладе Президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» особо подчеркивается, что ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неминуемо приведет к негативным социально-политическим последствиям, потребует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала российского общества [5].

Анализ обозначенной проблемы предполагает уточнение ряда понятий, среди которых для нас наиболее важными выступают «медицинская помощь» и «медицинская услуга».

Как отмечают Е.А. Те и К.В. Штерн, сегодня многие специалисты стараются не употреблять в своей профессиональной речи термин «услуга», особенно это касается сферы здравоохранения. Основной причиной, согласно мнению ряда социологов, является то, что данное понятие ассоциируется со сферой коммерческой деятельности, связанной с систематическим извлечением прибыли, что не является основной целью медицинской системы [11].

Кроме того, в современной литературе отмечается и тот факт, что данный термин имеет весьма размытые границы, понимается учеными и практикующими специалистами по-разному и обладает множеством смысловых оттенков.

В 1990-е годы стали появляться публикации, в которых отмечалось, что разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается.

Под медицинской помощью понимался определенный процесс производства, включающий в себя три основных составляющих, взаимосвязанных между собой:

- оказываемая медицинская помощь, включающая деятельность медицинских работников;
- условия ее осуществления (лекарственные препараты, здание, медицинское оборудование);
- исходное состояние пациента (тяжесть заболевания, поведенческие реакции, сопутствующая патология).

Медицинская услуга рассматривалась как комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, которые имеют самостоятельное законченное значение и определенную стоимость[6].

В последнее время среди исследователей стала развиваться дискуссия по поводу того, в какой степени могут отождествляться понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Одни авторы рассматривают их как синонимичные определения, другие выдвигают гипотезу о том, что в действительности между этими понятиями существует определенная разница.

Анализ различных позиций позволяет утверждать, что под медицинской услугой необходимо рассматривать не только качественную медицинскую помощь, но и целую систему условий, имеющий определенный затратный характер, при которых эта помощь представляет полезность для пациента.

Отсюда следует, что медицинская услуга – это нематериальный конечный товар, произведенный учреждением здравоохранения, а медицинская помощь – это технологический процесс, лежащий в основе производства данного товара.

Также необходимо отметить, что подавляющее большинство современных источников указывают на тот факт, что медицинская услуга характеризуется несколькими основными критериями, выделенными еще в 80-е годы XX века американским исследователем Л. Берри:

- неосвязаемость - особенности медицинских услуг проявляются через их реализацию в самом человеке и имеют в большинстве своем вид нематериальных услуг. Следовательно, неосвязаемость услуг проявляется в невозможности продемонстрировать их эффект конкретному пациенту вплоть до непосредственного предоставления;

- неотделимость производства и потребителя - использование значительной части медицинских услуг совпадает с их производством во времени и пространстве, что является неотделимым условием их индивидуального характера. Подобная особенность объясняется тем, что указанные процессы осуществляются при непосредственном взаимодействии субъекта и объекта медицинской деятельности – пациента и врача;

- неоднородность качества - оказание медицинской услуги это творческий процесс, зависящий от множества факторов. В том числе и факторов риска, неопределенностью конечного эффекта и поэтому изначально не может быть однородным. К примеру, во многом качество медицинских услуг зависит от того, в каких условиях их оказывает специалист.

- несохраняемость - услуги здравоохранения не могут накапливаться, сохраняться в течение определенного периода времени. В отличие от медицинских и лекарственных препаратов, медицинские услуги неотделимы от того, кто их предоставляет, они не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации.

Таким образом, медицинские услуги представляют собой деятельность медицинских работников, направленную на восстановление, поддержание и укрепление здоровья. Они носят профессиональный характер, обусловлены взаимным согласием получателя и поставщика (пациента-врача) и имеют определенную возмездность, под которой следует понимать не структуру «платность-бесплатность», а то, что любая профессиональная деятельность всегда оказывается на возмездной основе.

Уже в определении самой медицинской услуги с представлением о ее доступности для индивида и потребность в определении ее критериев.

Изучение доступности медицинских услуг в мировой социологической науке ведется уже на протяжении более, чем полувека.

В обыденном понимании отношение населения к доступности медицинской помощи сегодня зависит от нескольких показателей: финансового положения пациента или его родителей, состояния здоровья, наличия заболеваний и возраста.

Другие исследователи прибавляют к этим показателям также наличие или отсутствие необходимых специалистов и удаленность места жительства от медицинского учреждения[1].

Становится понятно, что доступность представляет собой сложное структурное образование, определяемое целой совокупностью факторов.

Теоретико-методологические подходы в определении доступности медицинских услуг для пациента сегодня условно разделяются на 2 группы: субъективистские концепции и объективистские методологические подходы. В первой группе основное внимание авторами уделяется поведению конкретного потребителя услуг, которое зависит от его индивидуальных характеристик. В рамках вторых моделей рассматриваются условия и барьеры экономической, политической, организационной сфер жизнедеятельности, влияющих на уровень доступности определенной системы здравоохранения.

Представление о доступности различных общественных групп и отдельных людей к медицинским услугам эволюционировало от простого понимания в качестве доступа к первичной медицинской помощи до современной социологической категории.

Это послужило основой для широкого развития системы медицинского страхования населения, при котором попадание потребителя в систему услуг и их получение становилось значительно легче.

Но с развитием социологических подходов к интерпретации здоровья, прав человека на охрану своего здоровья менялся взгляд и на доступность услуг.

В шестидесятые годы XX века ключевым подходом к исследованию проблем доступности медицинских услуг становится поведенческая модель Рональда М. Андерсена. В её основе лежит выявление основных факторов, объясняющих использование медицинских услуг людьми, и оценка уровня доступности этих услуг.

Авторы концепции исходили из того, что для понимания, каким образом необходимо измерять и объяснять доступность, нужно изначально выявить, какие факторы оказывают влияние на то, чтобы человек стал ими пользоваться.

В основе изучения было выделено 3 группы факторов:

- факторы predispositions: демографические характеристики индивида (пол, возраст, образование, профессия); условия трудовой деятельности, которые оказывают существенное влияние на здоровье; и ценностные представления человека о здоровье (знания о возможностях медицины и о процессе использования медицинских услуг для укрепления своего здоровья).

- условия, при которых человек прибегает к применению услуг: индивидуальные и общественные ресурсы, обеспечивающие доступ к услугам здравоохранения, способность оплатить услуги из собственных средств, временные затраты на получение услуги, и параллельно с этим – обеспеченность региона проживания человека медицинской инфраструктурой.

- выраженность потребностей в медицинской помощи с помощью профессиональной оценки здоровья, т.е. насколько человеку важно получить квалифицированную медицинскую помощь, и насколько он обеспокоен состоянием своего здоровья.

Данный подход являлся ключевым на протяжении последних десятилетий в понимании и анализе доступности медицинских услуг. Те инструменты, которые были предложены Р.М. Андерсеном, являются универсальными в трактовке понимания «доступ».

Но критики поведенческой концепции говорили о том, что она позволяет оценить лишь возможности первичного доступа к медицинским услугам в зависимости от основных факторов, определяющих поведение индивида в сфере потребления медицинской помощи.

Это послужило основой для дальнейшего развития поведенческой модели, за счет включения показателей, характеризующих среду, в которой происходит получение медицинских услуг. В результате чего в систему факторов, детерминирующих доступность, были включены переменные, характеризующие саму систему здравоохранения как на глобальном (государственном) уровне, так и на уровне конкретного учреждения (частота обращения за услугой, место расположения учреждения).

Отсюда, основным результатом развития поведенческой концепции можно считать переход к пониманию доступности не только как возможности, зависящей от самого потребителя, но как системы детерминант экономической, социальной, политической сферы по отношению к системе здравоохранения, определяющих ее функционирование и влияющих и на самого пациента [10].

Эволюция подхода происходила под прямым влиянием новых общественных тенденций, предъявляющих другие требования к системе здравоохранения, помимо оказания просто

помощи. Стали развиваться наукоемкие технологии, повлиявшие на развитие системы высокотехнологичных медицинских услуг, стали расти требования населения к медицинской помощи (как под влиянием образовательных инноваций, так и в связи с увеличением числа новообразований и патологических изменений в здоровье).

В современных исследованиях под доступностью понимается уже не только возможность получения помощи, а эффективность всего процесса и основные полученные изменения.

В существовавших трансформирующихся условиях стал происходить переход от поведенческой модели доступности к модели контекстуальной или организационной. Данная модель рассматривает доступность медицинских услуг с точки зрения анализа двух факторов: факторов системы здравоохранения и внешней среды, ее окружающей, – на уровне общества и в районе проживания индивида и факторов, зависящих от поставщика услуг – конкретного специалиста.

В первую группу среди показателей внешней среды обычно включают экономическое состояние региона проживания индивида, уровень благополучия населения и его отдельных групп, существующие в обществе нормы и другие факторы, которые могут зависеть от конкретного объекта изучения.

При оценке показателей системы здравоохранения в контекстуальной модели впервые было обращено внимание на такие показатели доступности как медицинская инфраструктура и обеспеченность медицинскими кадрами.

Помимо переменных внешней среды предоставления медицинских услуг потребителю, в число важнейших контекстных факторов авторы включают характеристики самих профессионалов-врачей и параметры взаимодействия с пациентами.

В последние годы изучение личности врача, получившее развитие еще в работах Т.Парсонса, становится особенно актуальным. Здесь рассматриваются факторы, отражающие желание и готовность пациента обращаться за медицинской помощью именно к этому специалисту; удобство получения услуги; необходимость доплат за услуги (несмотря на то, что стоимость и расценки зависят от медицинского учреждения, о необходимости проведения дополнительных услуг пациенту и соответствующих затрат, которые ему предстоит понести, сообщает врач); значимым становится и предыдущий опыт обращения за медицинскими услугами.

Кроме того, согласно исследованиям Н.Л. Русиновой и Л.В. Пановой, характеристики специалиста оказывают прямое влияние на использование услуг здравоохранения и, следовательно, на их доступность. В частности, результатами ряда исследований

подтвержден факт, что различия в уровне применения медицинских услуг в значительной мере зависят от того, как именно врач принимает важные для лечения заболевания решения, привлекает ли пациента к совместной выработке стратегии. Помимо этого, влияние оказывают и такие факторы, как пол специалиста и уровень его профессиональной подготовки.

Таким образом, доступность услуг учреждений института здравоохранения определяется не просто наличием ресурсов для удовлетворения потребности в сохранении и укреплении здоровья, но и сложным взаимодействием показателей личностного и системного (средового) уровней, которые влияют на изменение статуса здоровья индивида и общества в целом.

В результате развития подходов к пониманию доступности медицинского обслуживания, современные социологи, занимающиеся изучением данного вопроса, останавливаются на системной концепции, интегрирующей в себе субъективистские и объективистские социологические традиции, позволяющие показать, каким образом институциональные ограничения определяют возможности пациента осуществлять продуктивное взаимодействие с медицинскими учреждениями.

Системный подход основывается на том, что в доступе к медицинским услугам существует социальное неравенство, которое является результатом воздействия особых механизмов института здравоохранения, представляющих собой совокупность взаимозависимых факторов, определяющих и одновременно ограничивающих доступ к медицинским услугам для социальных групп или вовсе препятствующих их получению.

Авторы выделяют три базовых компонента: экономический, организационно-управленческий и социокультурный, каждый из которых обладает собственной спецификой воздействия на институциональном и на индивидуальном уровнях.

Действие механизма на уровне индивида определяется его социальным статусом и особенностями поведения в сфере сохранения собственного здоровья. На уровне институтов он представлен существующими нормами и условиями политики в сфере здравоохранения и отдельного медицинского учреждения, его отдельных структурных компонентов.

На сегодняшний день в рамках системного подхода в изучении проблемы обеспечения доступности медицинских услуг для населения экспертами выделяются следующие уровни:

1) *социоцентрический* определяет справедливое регулирование доступа к инфраструктурам медицинских организаций различных групп населения, принимающих

медицинскую помощь как всеобщее общественное благо и означает ее доступность как соответствие ожиданий граждан фактическим возможностям инфраструктур учреждений медицинского обслуживания (количество койко-мест, дополнительные программы и услуги, формы предоставления помощи (амбулаторная и стационарная), престиж той или иной больницы);

2) *антропоцентрический* трактует доступность медицинских услуг как соответствие возможностей человека требованиям институтов здравоохранения (возможность оплатить необходимые услуги, самостоятельно записаться на прием);

3) подход к трактовке доступности с точки зрения *саморазвития и самореализации личности* означает понимание доступности медицинской помощи как возможности человека включиться в систему при сложившихся внешних (объективных) и внутренних (субъективных) условиях.

Если возвращаться к пониманию доступности с рассмотренных выше трех позиций, то особую актуальность приобретает теория саморазвития и самореализации индивида (самосохранительной активности), в основе которой лежит признание сознательной деятельности личности в качестве главного условия доступа к услугам здравоохранения. Отсюда, доступность зависит не только от внешних факторов, но и от того, посчитает ли сам человек необходимым вступить во взаимодействие именно с этим медицинским учреждением или организацией.

В итоге, можно сделать вывод, что доступность медицинских услуг представляет собой активное взаимодействие различных показателей, процесс взаимодействия потребителей медицинской помощи и системы здравоохранения в постоянно изменяющемся социальном контексте.

Следовательно, современный взгляд на понимание доступности услуг включает в себя ряд аспектов, среди которых ведущими можно обозначить: зависимость медицинской помощи от экономических, социальных, организационных и социокультурных факторов; наличие набора услуг, в полной мере отвечающих запросам пациентов и позволяющих делать собственный выбор; эффективность и результативность услуг; комплексный подход в оценке применения медицинских услуг, основывающийся на анализе как потребностей отдельного пациента, так и исследующий условия жизни различных социальных групп.

Доступ к здоровью и здравоохранению в российском обществе далеко не одинаков для различных групп и слоев населения. Не менее важным аспектом изучения доступности, является и типологизация факторов современной среды, от которых она зависит.

Исследователями, в частности, Гареевой И.А., фиксируются довольно распространенные социальные противоречия: социальные барьеры в доступе к медицинской помощи, низкая информированность населения о состоянии своего здоровья, неадекватное ценностное отношение к здоровью [4].

Подобных трактовок в актуальных социологических исследованиях выделяется целый блок, но мы определили несколько ведущих критериев:

1. *Территориальное расположение.* В данном случае понимается транспортная и пешеходная доступности объекта здравоохранения. Характеризуя транспортную доступность, как правило, учитывают наличие остановок маршрутов рейсового общественного транспорта; количество и периодичность рейсов маршрутов транспорта и маршрутных такси к объекту, в т.ч. бесплатных; стоянки такси; удобство транспортных развязок; наличие стоянок для личного автотранспорта.

Как отмечает в ряде своих исследований Э. Наберушкина, доступность социального пространства для инвалидов зависит от возможности свободно использовать городскую инфраструктуру, пользоваться реабилитационными приспособлениями для обеспечения самостоятельности и независимости [8].

Сегодня доступ среды предполагает равноправное участие людей с ограниченными возможностями во всех сферах жизнедеятельности общества, в том числе и в сфере здравоохранения.

Однако согласно последним исследованиям транспортной доступности для инвалидов в российских условиях, оказывается, что она находится лишь на стадии формирования. Если в развитых зарубежных странах уже достаточно давно применяется специализированный транспорт для медицинского обслуживания, образования, досуга, используется низкопольный общественный транспорт, то в России, и в частности, в городе Екатеринбурге, лишь в ноябре 2012 года был запущен в тестовом режиме первый низкопольный трамвай.

2. *Цена или стоимость* выступают ключевым фактором для многих услуг. Особую актуальность ценовая доступность принимает при определении условий обеспеченности населения социальными услугами и благами. Важность здравоохранения населения обуславливает выбор ценовой доступности в качестве объекта регулирования как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ.

Параллельно с данной проблемой возникает проблема финансовых возможностей потребителя. Уровень доходов напрямую влияет на возможности пациента, в частности, если речь идет о платных медицинских услугах. Например, если за базовый набор услуг

родители готовы заплатить определенную часть семейного бюджета (чем ниже доход семьи, тем меньший процент родители готовы потратить), то, что касается дополнительных услуг, которые способствуют эффективному восстановительному лечению ребенка, то здесь возникают противоречия - не все родители хотят и могут получать дополнительную медицинскую помощь, причиной вновь является финансовое благополучие семьи.

Согласно определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги является характерной для всех домохозяйств, независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения.

По данным социологического опроса, проведенного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в 2008 году, средний уровень доступности медицинской помощи в целом по нашей стране составляет $\frac{3}{4}$ от максимально возможного значения – 33 балла из 45.

3. Время. Современный темп жизни диктует новые условия для организации домашнего хозяйства и его ведения. В крупных городах, где пробки на дорогах, рабочий график достаточно насыщен, актуализируется проблема недостаточности дневного времени для удовлетворения насущных нужд населения. В городах с небольшим населением и сельской местности многие жители имеют собственное хозяйство, оставить которое представляет определенную трудность и требует времени.

4. Организация. Представляет собой правильное распределение внутренней среды организации и планирование маршрутов для потоков посетителей, которые планируются с целью избежать излишнего скопления людей.

Разработка определенных правил обслуживания в больнице позволяет повысить доступность для определенных категорий пациентов или ускорить процесс обслуживания для всех. Так, например, многие крупные лечебно-профилактические учреждения практикуют обслуживание пациентов, направляемых по программам диспансеризации без очереди.

Сочетание форм обслуживания в порядке «живой очереди» или по «предварительной записи» также позволяет повысить удобство сервиса для потребителя.

5. Информация. Названный критерий доступности призван облегчить процесс информационного поиска пациентом:

- разработку листовок и стендов с указанием важной информации для потребителя;

- разработку и поддержку понятного потребителю сайта с качественным интерфейсом, обеспечение сайта интерактивными возможностями (например, калькулятором для расчета стоимости услуг);
- работу многоканального бесплатного телефона для консультаций.

Таким образом, проблема доступности услуг медицинских учреждений разным социальным группам анализируется в современной научной литературе с точки зрения нескольких позиций, уделяющих внимание ряду аспектов ее проявления. Представить данные позиции можно в виде иерархии: от более общего понимания к более углубленному.

Во-первых, доступность – возможность тех или иных групп населения просто попасть в систему оказания медицинских услуг. Такое понимание обычно рассматривается как первичный доступ к медицинским услугам.

Проблема неравенства может проявиться уже на данном этапе, когда, к примеру, семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями, в силу различного рода причин не может обратиться в медицинское учреждение. Сюда может быть отнесена слабая информированность, отсутствие материальной и экономической возможности попасть в учреждение.

Во-вторых, доступность как возможность гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью. Реализация данной возможности определяется различными факторами – экономическими, территориальными, культурными и другими. Следует особо обратить внимание на такие факторы, как отсутствие финансовых барьеров в получении медицинской помощи, наличие адекватного предложения и отсутствие дискриминации по социальным и социально-демографическим характеристикам.

Наконец, доступность – это не просто реализация возможности попасть на прием к специалисту, но и процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи – от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных изменений в состоянии его здоровья [7].

Отсюда возникает проблема неравенства в получении медицинской помощи населением России, в частности детьми с ограниченными возможностями, семьи которых зачастую оказываются не в самом благополучном материальном положении. Нередко сам факт наличия заболевания заведомо снижает степень удовлетворенности медицинским обслуживанием. Удаленность медицинских учреждений от места проживания потенциальных пациентов также влияет на удовлетворенность медицинской помощью.

Все перечисленные факторы приобретают особое значение при анализе такой социально уязвимой группы населения как дети с ограниченными возможностями. Доступность в отношении этой категории предполагает анализ положения семье, в которых воспитываются дети.

Здесь необходимо принимать во внимание, что доступность зависит от ряда характеристик данной группы семей, куда можно отнести материальное и финансовое положение, тип семьи, занятость родителей и другие.

Удовлетворенность семей, воспитывающих детей-инвалидов, медицинским обслуживанием определяется самим фактом заболевания ребенка и его тяжестью, социально-психологическим климатом в семье и так далее. Важным фактором, влияющим на доступность, является характеристика самих медицинских услуг.

Доступность медицинских услуг обусловлена не только возможностью посещения врача и приобретения необходимого лекарственного средства, но и возможностью проведения диагностических процедур, получения скорой медицинской и стационарной помощи. Кроме того, детям-инвалидам часто требуется специализированная высокотехнологичная помощь, которая не входит в перечень услуг, предоставляемых бесплатно. Родители же этих детей не всегда могут позволить себе оплатить дополнительные услуги, что существенно препятствует доступу к качественным услугам медицинской помощи.

Список литературы

1. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) / Н.Л. Антонова // SPERO. - 2007. - №7. – С. 192.
2. Вапнярская О.И. Подходы к обеспечению доступности услуг в регионе / О.И. Вапнярская, Е.В. Поворина // Сервис в России и за рубежом, №1 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://old.rguts.ru/electronic_journal/number16/contents (дата обращения: 05.07.2012 г.).
3. Вялых Н.А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения: автореф. дис...канд.соц.наук/ Н.А. Вялых; Ростов-на-Дону: [б.и.], 2012 – 38 с.
4. Гареева И.А. Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации // И.А. Гареева/ Власть и управление на востоке России – 2012. - №1(58).
5. Доклад президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sartfoms.ru/normativ/gossovet.htm> (дата обращения: 05.02.2011 г.).

6. Красильников А.В. Социологические опросы пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги / А.В. Красильников. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://oncologic.narod.ru/journals/sovrc-onc-7-1-2005/s-opros.html> (дата обращения: 04.10.2010 г.)
7. Миронов А.А. Стандарты медицинского обслуживания и оценка его качества / А.А. Миронов, А.М. Таранов, А.А. Чейда. М.: «Наука», 1994.
8. Наберушкина Э.К. Доступность городской среды для инвалидов// Э.К. Наберушкина/ Социологические исследования. – 2010.- №9.- С.58-65.
9. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности// Е.В. Рожкова/ Современные исследования социальных проблем.- 2011.- № 3.
10. Русинова Н.Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения// Н.Л. Русинова, Л.В. Панова/ Журнал социологии и социальной антропологии. – 2002.- Т. V.- №4.- С. 147-163.
11. Те Е.А. Медицинская услуга с позиции определения понятия медицинской помощи// Е.А. Те, К.В. Штерн/ Медицина в Кузбассе. -2007.- №4.- С. 3-6.

Гоголева Екатерина Александровна - ассистент кафедры социальной работы УрФУ, специалист по социальной работе НПЦ «Бонум», 620000, Екатеринбург, Ленина,51, тел: (343)350-73-81, e-mail: 21120904@mail.ru

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УРАЛА

Ивачев П.В.

*Кафедра социальной работы
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Екатеринбург*

В стратегии инновационного развития медицинского университета на базе Уральской государственной медицинской академии (Екатеринбург) придается большое значение расширению перечня образовательных направлений подготовки кадров, в частности, социального и гуманитарного профиля, так как это оказывает в целом позитивное влияние на развитие классического медицинского и фармацевтического образования.

Ключевые слова: социальное образование, социальная работа, модернизация образования, интеграция.

Prospects of integration of the social education to the Urals Health Care staff training

Ivachev P.V.

Urals State Medical Academy , Ekaterinburg

The strategy of innovative development of medical university on the basis of the Urals State Medical Academy (Ekaterinburg) attaches great importance to expanding of the list of educational areas of training, such as humanities and social science, as it has a generally positive effect on the development of the classical medical and pharmaceutical education.

Keywords: social work, education, infegration.

В настоящее время социальная работа как вид профессиональной деятельности активно развивается в учреждениях различной ведомственной подчиненности, включая здравоохранение. Инновационность специальности «Социальная работа» и современные социально-экономические условия общества определили специфику подготовки кадров, которая в значительной степени испытывает потребности профильной подготовки кадров для социальной работы в системе здравоохранения. Кроме того, обозначившийся кризис здравоохранения и медицинского образования во многом актуализирует внедрение социально-гуманитарного знания и соответствующего профессионального образования в медицинских вузах.

Возникла насущная потребность в изучении влияния медицинского страхования; потребностей разных социальных групп в медицинских услугах; динамики формирования медико-социальных групп и построения моделей оказания медико-социальной помощи и

профилактических мероприятий. Важной задачей социальной работы в системе здравоохранения является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, введение медико-социальных стандартов в деле охраны здоровья, интеграция в систему обязательного и добровольного медицинского страхования как формы социальной защиты населения. Помимо практических и научных проблем перед социальной работой в здравоохранении стоит задача исследования морально-этических проблем и гражданско-правовых отношений, возникающих в медицинском обслуживании населения на новом этапе общественного развития. Только одна медицинская деятельность не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, комплексной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности и совершенствованию мер социальной защищенности граждан. Решение этих задач может быть достигнуто только на основе интеграции различных областей знания и профессиональной деятельности.

Еще в декабре 2000 г. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотрела вопрос о подготовке специалистов по социальной работе в медицинских вузах и их трудоустройстве. В решении было указано на целесообразность подготовки специалистов по социальной работе для системы здравоохранения. Руководствуясь данными рекомендациями, Ученый совет Уральской государственной медицинской академии в марте 2006 г. принял решение о введении новой образовательной программы высшего профессионального образования 040101.65 Социальная работа. Результатом усилий инициативной группы по проектированию новой для вуза образовательной программы, стал приказ №2461 Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки Министерства образования и науки Российской Федерации от 28.11.2006 г., которым было признано право осуществления образовательной деятельности по специальности «Социальная работа».

В 2007 г. был осуществлен первый набор студентов, а в конце августа Ученый Совет Академии принял решение о формировании выпускающей кафедры социальной работы. За короткое время был сформирован преподавательский состав кафедры, включивший в себя высококвалифицированных преподавателей, имеющих многолетний опыт подготовки кадров специалистов по социальной работе в высших учебных заведениях Екатеринбурга. Всех их сплотила перспектива поиска решений актуальных проблем в сфере охраны здоровья населения посредством ресурсов социальной работы.

Создание за короткое время материальной базы кафедры позволило преподавателям

включиться в разработку и обеспечение учебно-методического комплекса дисциплин новой специальности и способствовало активизации научно-исследовательской деятельности на кафедре. Именно благодаря этому уже в 2008 году стало возможным проведение Межрегиональной научно-практической конференции «Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения: проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров». Статус конференций и ежегодная периодичность сохраняется по настоящего времени. 15-16 мая 2013 года в УГМА пройдет очередная конференция «Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета». Приоритетным предметом обсуждений является комплексное изучение процесса становления профессиональной социальной работы в условиях реформирующейся России в ключе подготовки кадров в системе высшего профессионального образования.

Основным направлением исследований научно-педагогического коллектива кафедры социальной работы является разработка научно-теоретических основ подготовки специалистов социальной работы для здравоохранения Урала. Области применения результатов является учебный процесс и научная работа преподавателей и студентов. Особое значение придается использованию результатов исследований в практике работы органов социальной защиты и здравоохранения. В этой связи особую значимость имеет разработка содержания дисциплин специализации «Социальная работа в системе здравоохранения», в рамках которой ведутся профильные научные исследования.

В настоящее время повышенное внимание кафедра уделяет разработке и применению информационно-коммуникационных технологий обучения. Достигнуты успехи в этом направлении. В 2010-2011 сотрудники кафедры стали лауреатами внутривузовского конкурса «Ученые УГМА – Здравоохранению Урала» за оригинальные разработки контента (электронный информационно-образовательный ресурс) дисциплин, включающих в себя рабочие программы, задания к контрольным работам и методические указания для их выполнения, планы семинарских (практических) занятий, дидактические тесты, вопросы для самоконтроля и иные контрольно-измерительные материалы. По ряду дисциплин созданы авторские учебные пособия (курсы лекций). Фактически создан в среде электронного обучения полный учебно-методический ресурс профессиональной образовательной программы «Социальная работа», включающий в себя организационные, научные, программные, регламентирующие, учебные, информационные, контролирующие документы, устанавливающие содержание обучения и воспитания, а также методические принципы преподавания дисциплин. Все эти материалы, наряду с типографскими

изданиями, представлены на учебном портале УГМА и активно используются студентами в режиме электронного обучения при самостоятельной работе в межсессионный отрезок времени и в период экзаменационно-лабораторных сессий.

Кафедра социальной работы с 2008 г. координирует работу Цикловой методической комиссии УГМА по гуманитарным, социальным и экономическим дисциплинам в области медицинского, фармацевтического и социального образования специальностей группы Здравоохранение. В апреле 2009 г. в ходе комплексной проверки показателей деятельности УГМА Росздрава экспертная комиссия отметила высокий уровень достижений в этом направлении.

В концепции стратегического развития УГМА придается большое значение гуманитаризации вуза, расширению перечня гуманитарных специальностей, так как это оказывает в целом позитивное влияние на развитие классического медицинского и фармацевтического образования, способствует интеграции медицинского и социально-гуманитарного знания и практики. Подготовка кадров по образовательному направлению «Социальная работа», создало предпосылки для подготовки лицензирования гуманитарного направления профессионального образования «Клиническая психология», поскольку позволило аккумулировать квалифицированные научно-педагогические кадры по медицинской психологии и лечебной педагогике. Практически была создана учебная, материальная и техническая база, и, начиная с 2011 года в вузе успешно развивается кафедра клинической психологии, взявшая ответственность за подготовку клинических психологов. У медицинской академии существуют широкие связи с практическим здравоохранением, которые позволяют знать и, главное, понимать актуальные проблемы современной медицины с возможностью изучения дисциплин специальности и специализации на клинических базах.

По инициативе кафедры социальной работы в 2011 году была лицензирована дополнительная образовательная программа профессиональной переподготовки и повышения педагогической квалификации «Преподаватель высшей школы». За истекший период прошли обучение 44 преподавателя вуза. Отдельные учебные модули внедрены в программу подготовки аспирантов по медицинским специальностям, что позитивно влияет на формирование социально-личностных компетенций преподавателей, и способствует гуманитарному наполнению медицинского образования.

В целом педагогическая и научно-исследовательская деятельность коллектива кафедры социальной работы осуществляется достаточно эффективно, что является основой качественной подготовки специалистов. Интеграция в УГМА науки и образования

медицинского и социально-гуманитарного направления способствует наполнению и обогащению образовательных программ, решению задач модернизации образования, повышения качества подготовки кадров для здравоохранения Урала. Расширение перечня образовательных программ, реализуемых за счет нетрадиционных для медицинских вузов направлений подготовки кадров немедицинского профиля, является стратегической основой инновационного развития медицинского университетского образования на среднем Урале.

Ивачев Петр Вениаминович – к.м.н., зав. кафедрой социальной работы, доцент ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. (343)3716400, e-mail: socionom@usma.ru

ВОЗМОЖНОСТИ СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ В СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Миронова М.В.

*Кафедра социальной работы,
Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина,
г. Екатеринбург*

В статье проведен анализ ресурсов семей, имеющих детей с нарушениями в развитии. На материалах социологического исследования дана характеристика ресурсов семьи, выявлена специфика их влияния на процесс социализации ребенка. Обоснована необходимость дифференциации семей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями здоровья для организации социальной работы с ними в соответствии с имеющимися ресурсами.

Ключевые слова: социализация, семья, воспитывающая ребенка с нарушениями в развитии.

Family resources for socialization of children with severe health disorders

Mironova M.V.

Ural Federal University, Ekaterinburg

Sociological research of family resources for socialization of the children with severe health disorders revealed the specifics of their impact to the process of organization of social work.

Keywords: socialization process, family resources, children with reduced capabilities.

В науке отсутствует однозначное толкование термина «социализация». Так, Франклин Г. Гиддингс рассматривает социализацию как подготовку человеческого материала к социальной жизни. По Т. Парсонсу, социализация понимается как интернализация культуры общества, в котором человек родился. Данные точки зрения тяготеют к существующему в науке субъект-объектному подходу, в рамках которого индивиду приписывается пассивная роль в процессе социализации. Мы придерживаемся субъект-субъектного подхода, в котором содержится возможность влияния личности на собственные жизненные обстоятельства. В процессе социализации индивид испытывает на себе влияние окружающей среды. В то же время он способен оказывать собственное влияние на эту среду посредством проявления активности. Речь идет не о пассивном принятии «правил игры», которые диктует общество, а о взаимодействии личности и среды.

Для успешной социализации личность использует как внешние, так и внутренние ресурсы. В ситуации нарушения здоровья, внутренние ресурсы ребенка оказываются поврежденными. Повреждение биологического субстрата влечет за собой снижение общего уровня физического и психического здоровья, а также активности и адаптивности личности и иных внутренних ресурсов. В связи с этим, на наш взгляд, в процессе социализации ребенка с нарушениями здоровья, целесообразно усиливать внешние ресурсы. Одним из таких ресурсов является семья, точнее ресурсы, которыми обладает семья.

Проанализируем ресурсы семьи, руководствуясь данными социологического исследования, проведенного кафедрой социальной работы УрФУ совместно с научно – практическим реабилитационным центром «Бонум». Опросный метод позволил зафиксировать мнение 305 родителей (целевая выборка), воспитывающих детей с нарушениями зрения различной степени тяжести. В качестве одной из задач исследования мы ставили: выявление ресурсов семьи, которые могут быть задействованы для социализации ребенка-инвалида. Эти ресурсы мы рассматриваем как внешние ресурсы по отношению к ребенку. В качестве таких внешних ресурсов нами представлены: возраст, образование, трудовая занятость родителей, материальное обеспечение, место проживания, структура семьи. Проанализируем каждый ресурс более подробно.

Возраст родителей.

Среди семей, воспитывающих детей с ограничениями жизнедеятельности, преобладают матери более молодого возраста (рисунок 1). Их возраст можно рассматривать как значимый внутренний ресурс семейной системы, поскольку женщины в молодом возрасте, как правило, свободны от многих предрассудков, стереотипов, в том числе, в отношении инвалидов. С другой стороны, они более мобильны, не отягощены определенным жизненным опытом и открыты для процесса взаимодействия с институтами реабилитации.

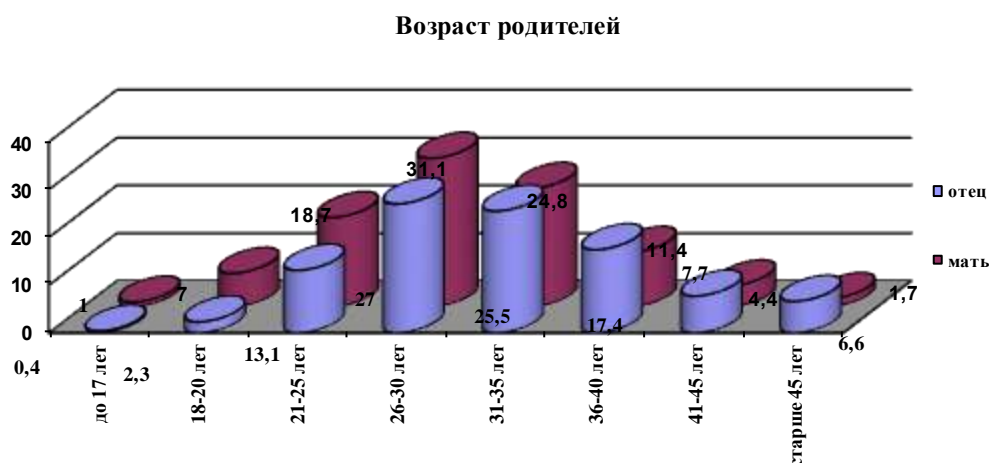


Рис. 1. Возраст родителей

Образование родителей.

Большинство детей происходят из семей, родители которых имеют профессиональное образование. 34,1% отцов (38,8% матерей) получили высшее образование, 6,2% отцов (5% матерей) неполное высшее, 38% отцов (40,5% матерей) среднее специальное.

Уровень образования родителей оказывает влияние на процесс социализации ребенка. Как показало проведенное исследование, семьи, где матери имеют более высокий уровень образования, чаще посещают учреждения досуга и культуры: цирк, зоопарк, театр. Это дает возможность ребенку осваивать новый социокультурный опыт, пробовать различные роли, включаться в систему социального взаимодействия, что способствует более полноценной интеграции ребенка – инвалида в общество.

Матери, получившие высшее образование, также демонстрируют более высокий уровень понимания проблем и особенностей своего ребенка. Так, на вопрос, понимают ли родители суть заболевания своего ребенка, в более половине случаев (56%) матери с высшим образованием давали положительный ответ, в то время, как доля матерей с неполным средним образованием составляет только 36%.

Трудовая занятость родителей

Подавляющее большинство женщин на момент опроса не работали (72,5%), что представлено на рисунке 2.. Большая часть из них находится в отпуске по уходу за ребенком. В связи с этим основной доход семьи составляет зарплата мужа. Практически все отцы на момент опроса работали. Большинство работающих родителей имеют постоянное место работы. Этот ресурс семьи позволяет удовлетворять потребности ребенка. Как показывают экономические расчеты, содержание ребенка, имеющего

тяжелые заболевания, обходится семье в 5-7 раз дороже, нежели здорового. Полноценная социализация ребенка только на средства, которые семья получает от государства, представляется нам достаточно затруднительной.

Трудовая занятость родителей на момент опроса

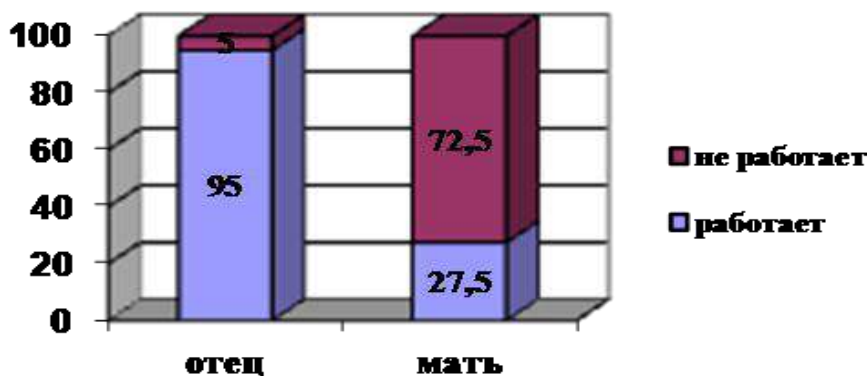


Рис. 2. Трудовая занятость родителей на момент опроса

Материальные условия семьи

Материальные условия семей складываются из нескольких основных источников: зарплата отца, пенсия ребенка, детские пособия, зарплата матери (в случае внедомашней занятости), наличия дополнительного дохода. Дополнительный доход семьи в основном получают от родственников, государства, от дополнительной работы либо от коммерческой деятельности, от подсобного хозяйства. Треть семей не обозначили наличие дополнительного дохода.

Заслуживает внимание тот факт, что даже семьи с высоким уровнем дохода претендуют на получение помощи со стороны государства. И данные цифры достаточно значительны. Семьи со сложным материальным положением почти в 95% случаев заявляют о своей нуждаемости в подобной поддержке, те, у кого средств хватает, составляют 74,2%, те, кто не нуждается - 66,7%. Это свидетельствует о сохраняющихся в нашей стране патерналистских традициях и характеризует разнообразие родительских стратегий в ситуации детской инвалидности.

Структура семьи.

По данным нашего исследования, дети - инвалиды в подавляющем большинстве (82%) воспитываются в полных семьях. Присутствие в семье обоих родителей дает ребенку возможность освоения гендерных ролей, усвоения и трансляции определенных моделей поведения. В полной семье, как правило, родители имеют больше возможностей уделять время ребенку.

Состав семьи.

Среди обследованных семей нуклеарные семьи составляют большинство – 61,8%. Расширенными являются 38,2% семей. Для сравнения отметим, что по данным исследования А.В. Старшиновой, 19% семей составили расширенные семьи. Увеличение числа расширенных семей следует рассматривать в контексте современных возможностей семей на приобретение собственного жилья. Таким образом, можно отметить, что количество расширенных семей увеличилось в два раза. По нашему мнению, наличие в семье других родственников дает родителям дополнительные возможности поддержки в процессе воспитания ребенка, а также отдыха для самих родителей, что имеет немаловажное значение. Так, по данным исследований Е. Р. Ярской – Смирновой, для родителей чрезвычайно важным является решение вопросов, связанных с восстановлением физических и моральных сил семьи. Это находит свое подтверждение и в нашем исследовании.

Место проживания.

Место проживания является значимым ресурсом, влияющим на социализацию личности. Оно определяет особенности и возможности социализации ребенка, поскольку уровень жизни, социальные условия, образ жизни в сельской местности, поселке городского типа, в городе и в крупном областном центре имеют существенные отличия. Согласно проведенному исследованию, более половины опрошенных проживают в областном центре (Екатеринбург, Тюмень, Пермь и др.), 35,5% респондентов в городе, 12,1% в сельской местности и ПГТ (рисунок 3).

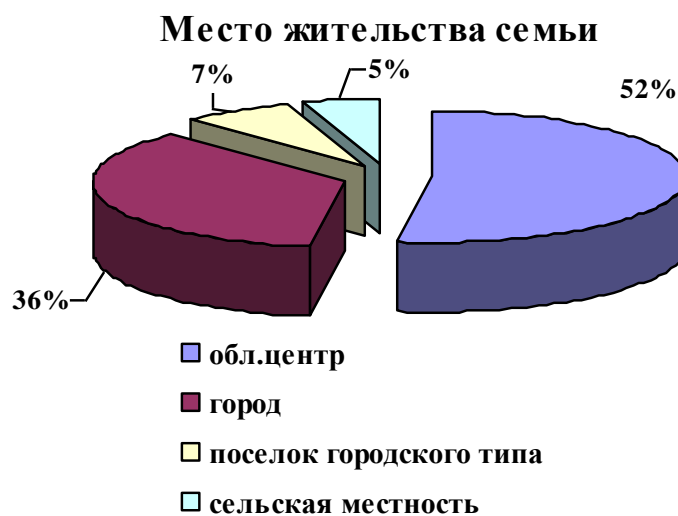


Рис. 3. Место жительства семьи

Крупный город является значимым фактором, повышающим возможности осуществления тех или иных жизненных планов. С одной стороны, областной центр

располагает значительными ресурсами для лечения и реабилитации ребенка (наличие соответствующих специалистов в тех или иных областях медицины, педагогики, психологии; специальное оборудование для ранней диагностики заболеваний и отклонений в развитии ребенка, спектр медицинских учреждений разного уровня и профиля), с другой стороны, в крупном городе родители имеют больше шансов повысить уровень благосостояния семьи посредством дополнительного заработка. Помимо этого, крупный город предполагает более развитую инфраструктуру: имеются специальные образовательные учреждения для детей, обучение в которых ведется по специальным программам, позволяющим компенсировать тот или иной недостаток у ребенка, существуют учреждения дополнительного образования и т.д. Все это увеличивает возможность выбора. В связи с этим жители крупного города хотят задействовать все имеющиеся на территории их проживания ресурсы. На вопрос о необходимости дополнительных услуг для восстановления здоровья ребенка, почти половина респондентов (49,5%), проживающих в городе, ответили утвердительно. Среди сельских жителей выразили свое согласие на получение дополнительных услуг для реабилитации ребенка только 6,6%.

Таким образом, можно сделать ряд следующих выводов. Для успешной социализации ребенка с нарушениями здоровья, специалисту, работающему с семьей, необходимо использовать все имеющиеся у данной семьи ресурсы. Так, родители с высшим образованием, проживающие в городе или областном центре, имеющие собственное благоустроенное жилье, способны и готовы предоставить ребенку все условия для полноценной социализации. Для данных семей характерно знание диагноза ребенка, они чаще посещают досуговые учреждения и культурно – массовые мероприятия, расширяя спектр возможностей для социализации ребенка, самостоятельно используя все имеющиеся у них ресурсы. Эти семьи нуждаются в минимальной помощи со стороны специалистов. Чаще всего такая поддержка семьи носит информационный характер.

Основная работа специалиста должна сосредотачиваться на семьях, которые обладают небольшими ресурсами. Например, жители сельских территорий объективно ограничены в возможностях, поскольку уровень образования у них несколько ниже, чем у городских жителей. Их жилищные условия чаще всего нуждаются в благоустройстве или улучшении. Материальные условия жизни, как правило, ниже среднего уровня. Система ранней диагностики заболеваний и реабилитационные учреждения в сельской местности отсутствуют. Это способствует тому, что основная часть мероприятий по реабилитации ребенка ложится на плечи родителей. Поэтому правильно организованная,

своевременная социальная помощь со стороны специалистов, позволит усилить ресурсы семьи, тем самым, расширить возможности социализации ребенка.

Список литературы

1. Мудрик А. В. Социальная педагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Сластенина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 200 с.
2. Старшинова А.В. Социальная работа в детском реабилитационном центре: опыт социологического исследования, проблемы стандартизации /А.В. Старшинова. – Екатеринбург.: Изд – во Бонум, 1999. – 120 с.
3. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К. Социальная работа с инвалидами. – СПб., 2004. – С.125.

Миронова Марина Владимировна – к.с.н., доцент кафедры социальной работы УрФУ, 620 000, г. Екатеринбург, ул. Ленина 51, тел.: 8 9022625599, e-mail: 279113@e1.ru

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА УСВОЕНИЕ ДЕТЬМИ ПОЛОВЫХ РОЛЕЙ И ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Набойченко Е.С.¹, Фокина Е.В.²

¹ ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

² Государственное казённое учреждение Свердловской области «Уральский институт
регионального законодательства»

В статье рассматривается влияние семьи на сексуальное развитие и поло-ролевое становление личности ребенка, анализируются традиционные представления об иерархическом соотношении половых ролей, и их влияние на формирование сознания и подсознания ребенка.

Ключевые слова: поло-ролевые стереотипы, межличностные отношения, социальное поведение, семейные роли.

Family influence on children internalization of gender roles and construction of interpersonal relationships

Naboychenko E.S., Fokina E.V.

*Scientific and Practical Center "Bonum"
Urals institute of region legislation
Ekaterinburg*

The article is devoted to the family influence on sexual development and gender role of the child personality. The traditional approaches to the hierarchical correlation of the gender roles and their influence on the child consciousness and subconsciousness forming is analyzed.

Keywords: gender role, interpersonal relationships, social behavior, family roles.

Семья играет огромную роль, как в жизни отдельной личности, так и всего общества. Усвоение ребенком половой роли, поло-ролевых стереотипов поведения, характер развития его сексуальности во многом зависит от родительской семьи, гармонично совмещающей биологические и социальные начала личности. Характерные для семьи социальные роли исторически выражаются и формализуются семейно-родственными отношениями, статусом возраста, родства и закрепляются в общественном сознании, моральных требованиях, обычаях и традициях [8, 9].

Понятие «социальная роль» в науке определяется как поведение, ожидаемое от индивида, который занимает определенную социальную позицию. Индивид в любом обществе исполняет различные социальные роли, которые связаны с различными сферами его жизнедеятельности. Роли имеют общечеловеческое значение, их можно наблюдать во всех известных культурах и их количество строго ограничено. В процессе усвоения людьми опыта и ценностных ориентаций окружающего общества, происходит

становление личности человека, т.е. то, что называется социализацией. Человек учится вести себя в соответствии с ролью ребенка, ученика, студента, супруга, родителя и т.д., т.е. учится выполнять особые социальные роли. Именно в общении людей, начиная с первичных форм общения матери с ребенком, складывается социальная личность [10].

Семейные роли являются одним из видов социальных ролей человека в обществе. Их можно определить местом, функциями индивида в семейной группе, а также классифицировать на три вида[6]:

- супружеские: жена, муж,
- родительские: мать, отец,
- детские: сын, дочь, брат, сестра,
- меж-поколенные и внутри-поколенные.

Семейные роли представляют собой идеализированные ожидания к поведению членов семьи. Их исполнение зависит от особенностей личности, которой они предписываются, от общей культуры семьи и многих других факторов [5].

Подготовка к семейным ролям является весьма специфической частью общего процесса формирования и развития личности. Ее специфичность порождается явной симметричностью семейных ролей во времени жизни человека. Ролям правнука, внука, сына зеркально противостоят во времени роли отца, деда, прадеда; статусу племянницы - статус тетушки и т.д. Роли эти попарно взаимосвязаны и обусловлены. Поэтому вживаясь в актуальную для себя детскую роль, ребенок неизбежно вживается в ее временной антипод [9].

Так, усваивая предписываемые нормы и формы своих отношений с дедом, ребенок одновременно усваивает и статус деда в семье, и нормы будущего своего поведения относительно вероятностных собственных внуков. Точно так же, не имея возможности усвоить, например, статус сына из-за отсутствия отца, ребенок неизбежно искаженным образом усваивает свою будущую родительскую роль.

Семья ведет подготовку к актуальным детским ролям более-менее осознанно, осмысленно, но к будущим ролям она готовит почти всегда стихийно, иной раз, не догадываясь о своих воздействиях, формирующих сознание и подсознание ребенка [8]. Некоторыми из таких ее воздействий и возможностей сознательного их использования и упорядочения могут стать импринтинг, присвоение нормы жизненного пространства, влияние бытовых ситуаций, усвоение специфики семейного общения и прочее. Случайно встретившиеся обстоятельства воспринимаются ребенком долгое время как единственная заданность, как норма жизни. Оставляемый при этом след в психике ребенка будет

впоследствии неизбежно и подсознательно, то есть не контролируемо, управлять его поведением.

Семья - важнейшая среда формирования личности, главный институт воспитания, который несет ответственность и за социальное воспроизводство населения, и за воссоздание определенного образа его жизни (И.С. Андреева).

И.С. Андреевой выделяются три группы факторов, влияющих на личность ребенка в семье [3]:

1. Социальная микросреда семьи.

В ней осуществляется приобщение детей к социальным ценностям и ролям, введение их в сложности и противоречия современного мира.

2. Внутренняя и внешняя деятельность.

Часто – это бытовой труд, являющийся могучим оружием социализации человека и его приобщение к будущей жизнедеятельности.

3. Семейное воспитание как комплекс целенаправленных педагогических воздействий.

В повседневной жизни ребенок постоянно в той или иной форме сталкивается с различиями между полами. В максимально обобщенной форме они представлены стереотипами мужественности и женственности. Мужчина: сильный, независимый, активный, агрессивный, рациональный, ориентированный на индивидуальные достижения, инструментальный; женщина: слабая, зависимая, пассивная, мягкая, эмоциональная, ориентированная на других, экспрессивная и т. п. Существующие в обществе поло-ролевые стереотипы оказывают большое влияние на процесс социализации детей, во многом определяя его направленность. Эти характеристики тесно связаны с тремя выделенными С.В. Ковалевым видами ролей: традиционными, товарищескими и партнерскими [7].

Традиционные роли предполагают со стороны жены: рождение и воспитание детей, создание и поддержание дома и обслуживание семьи, подчинение собственных интересов мужу, приспособляемость к зависимости и терпимость к ограничению сферы деятельности.

Со стороны мужа, преданность матери своих детей, экономическая безопасность и защита семьи, поддержание семейной власти и контроля и принятия основных решений.

Товарищеские роли:

Со стороны жены, сохранение внешней привлекательности, обеспечение моральной поддержки и сексуального удовлетворения, поддержание полезных для мужа социальных контактов.

Со стороны мужа - восхищение женой и рыцарского отношения к ней, ответной романтической любви и нежности.

Роли партнеров:

И от жены, и от мужа требуют экономического вклада в семью в соответствии с заработком, общей ответственности за детей, участие в домашней работе.

Роли могут не совпадать, быть сложно-смешанными. Первым существенным моментом, определяющим характер семейных отношений, является степень совпадения или несовпадения многочисленных представлений, реализуемых в ролях.

Как отмечает А.С. Волошина, исходя из своих представлений о качествах, характерных для мужчин и женщин, родители и другие взрослые поощряют детей проявлять именно эти полоспецифические черты, зачастую сами этого не осознавая [11]. Подобное поведение, как отмечает Ю.Е. Алешина, не является реакцией на реальные различия между детьми. Демонстративным примером здесь могут стать эксперименты с фиктивным полом ребенка: вне зависимости от реальной половой принадлежности, в том случае, если младенца представляли наблюдателям как мальчика, его поведение описывалось как более активное, бесстрашное и жизнерадостное, чем тогда, когда его считали девочкой. При этом негативные эмоции у «мальчика» воспринимались как проявления гнева, а у «девочки» - страха [1].

Таким образом, социальный мир с самого начала поворачивается к мальчику и девочке разными сторонами.

Мальчику предстоит решить более трудную задачу в плане становления половой идентичности: изменить первоначальную женскую идентификацию на мужскую по образцу значимых взрослых мужчин и культурных стандартов маскулинности [4]. Однако решение этой задачи осложняется тем, что практически все, с кем близко сталкивается ребенок, особенно в современном русском обществе (воспитатели детского сада, врачи, учителя) - женщины. В итоге мальчики гораздо меньше знают о поведении, соответствующем мужской половой роли, чем женской.

В то же время, как отмечает Т.М. Афанасьева, распространенность традиционных представлений об иерархическом соотношении половых ролей приводит к тому, что по сравнению с девочками мальчики испытывают более сильное давление со стороны социума в направлении формирования поло-специфичного поведения. Этому раньше начинает уделяться внимание, больше подчеркивается ценность соответствующей половой роли и опасность уклонения от нее, да и сами мужские стереотипы гораздо более узки и категоричны [4].

В виду недостаточности ролевых моделей такое давление приводит к тому, что мальчик вынужден строить свою половую идентичность преимущественно на негативном основании: не быть похожим на девочек, не участвовать в женских видах деятельности и т. п. Взрослые, со своей стороны так же стимулируют негативно: не поощряют «мужские» проявления, наказывают за «немужские». В речи окружающих мальчиков взрослых часто встречаются такие требования, как: «будь мужчиной», «ты ведешь себя не по-мужски», «ты же мальчик», в сочетании с отсутствием возможностей сформировать и проявлять мужской тип поведения в какой-либо из сфер жизни. Подобная ситуация, предположительно, может приводить, прежде всего, к пассивности, отказу от деятельности, которую предлагается выполнять в феминной форме и наравне с девочками. Лучше быть пассивным, чем «не мужчиной», т.к. при этом остается возможность приписать себе целый набор маскулинных качеств, считая, что они могли бы проявиться в иной, более подходящей ситуации.

В качестве примера можно привести типичное родительское высказывание «как не стыдно плакать, ты же мальчик», причем мужские способы реакции на обиду или не предлагаются, или обесцениваются («нельзя драться»). Таким образом, от ребенка требуется делать что-то, что не является для него достаточно ясным, и основано на причинах, которые он не понимает, с помощью угроз и гнева тех, кто ему близок. Такое положение вещей ведет к нарастанию тревоги, что часто проявляется в чрезмерных усилиях быть маскулинным и паническом страхе делать что-то женское. В результате мужская половая роль формируется, прежде всего, как результат отождествления себя с некоторой статусной позицией, или социальным мифом «каким должен быть мужчина».

По мнению Т. М. Афанасьевой, особенно усиливается социальное давление на мальчика с переходом в общественную систему воспитания (дошкольное учреждение или школу). С одной стороны, учителя и воспитатели отличаются значимо более высоким традиционализмом, а с другой - сами родители, готовя ребенка к встрече с новой для него ситуацией социальной оценки, повышают жесткость своих нормативных стандартов.

Подобное преувеличенное представление о маскулинности, ориентированное на наиболее яркие черты брутального мужского образа, несколько смягчается и становится более эгалитарным только в дальнейшем. По западным данным, как отмечает автор, это происходит к началу подросткового возраста, когда мальчику удается отстоять свою идентификацию от давления женского мира [4].

Изменения быта, отмечает А.С. Волович, происшедшие за последние десятилетия, привели к тому, что «мужских дел» почти не осталось и у мальчика нет возможности

проявить себя настоящим мужчиной в семье, где, прежде всего и происходит усвоение ребенком половой роли. Хотя подобные изменения в бытовой сфере произошли практически во всех развитых странах и у нас выражены даже в меньшей степени, особенность ситуации состоит в том, что мальчику не менее трудно проявить себя и за пределами семьи. Интенсивный запрет на негативные проявления маскулинности (курение, пьянство, драки) сочетается в нашем обществе с отрицательным отношением к активности, конкурентности и к различным формам проявления агрессии [1, 4]. При этом социальных каналов для проявления агрессии в допустимых формах (спорт, игры) у нас явно недостаточно. Немного лучше обстоит дело и с другими «социализированными» видами маскулинной активности детей и подростков (техническое конструирование, хобби, самостоятельное участие в профессиональной деятельности и т. п.), которые могли бы стать мощным источником формирования позитивной мужской идентичности [3].

Если усвоение половой роли дается девочке легче, чем мальчику, формирование полоролевых предпочтений (более высокой оценки всего женского) оказывается существенно затрудненным. Однако позитивное решение этой проблемы может быть найдено с опорой на предыдущий опыт, в котором ей уже удавалось (если удавалось - огромную роль здесь играет характер отношений с отцом в детстве) добиться признания, проявляя собственную активность. При этом большое значение имеет то, что у девочки существует множество возможностей для проявления собственно женских видов активности и достаточное количество образцов, которым она при этом может следовать.

Так, например, вполне удачная в этом отношении модель социализации складывается в семье, где, занимаясь повседневными женскими делами (уборка, готовка, стирка и т. д.), без которых невозможно представить быт любой семьи, девочка приучается к ответственности и активности. В значительной мере этому способствует и школа, где основной акцент, как мы уже писали выше, ставится на развитие традиционно женских качеств. Девочек, занимающихся общественной работой (т. е. проявляющих дополнительную активность) в наших школах, гораздо больше, чем мальчиков. Это естественно, так как осуществляемая в рамках школы общественная активность чаще всего подразумевает под собой установление и поддержание широких контактов с другими людьми (одноклассниками, подшефными и т. д.), что соответствует женскому стереотипу поведения. В то же время такая ситуация приводит к формированию различий между полами, не соответствующих традиционным.

Таким образом, усвоение и исполнение ребенком половых ролей зависит от выполнения ряда условий, прежде всего, от правильного формирования ролевого образа. Полоролевая социализация, усвоение половых ролей приводит к парадоксальным результатам: мальчиков как бы толкают на пассивность или внесоциальную активность, девочек же, напротив, на гиперактивность и доминантность. В то же время, жить им предстоит в обществе, во многом ориентированном на традиционные полоролевые стандарты. Ребенок должен четко представить себе, что, значит, быть мужчиной или женщиной, мужем или женой, старшим или младшим, должен точно определить свое место и место других людей в ролевой структуре семьи (например, может ли он исполнять роль главы семьи, вообще или в частности, главного распорядителя материального достояния семьи), чтобы сформировать образ своего поведения.

Список литературы

1. Алешина Ю.Е., Волович А.С. Проблема усвоения ролей мужчины и женщины / Алешина Ю.Е., Волович А.С. // Вопросы психологии. – 2009. - № 1.
2. Андреева И.С. Мальчик. Юноша. Муж. Отец. / И.С. Андреева. - М. : Знание, 2003.
3. Андреева И.С. Семья / И.С. Андреева, А.В.Гулыга. - М. : Политиздат, 1990.
4. Афанасьева, Т.М. Семья: учебное пособие для 9-10 кл. сред. шк. - 2-е изд., перераб. и доп. / Т.М. Афанасьева - М. : Просвещение, 1988.
5. Вершинин В. Н. Домашнее воспитание. Книга для учителей, воспитателей, родителей / Вершинин В. Н. - Чебоксары: «КЛИО», 1998.
6. Ковалев С.В. Психология современной семьи: Информ.-метод. Материалы к курсу «Этика и психология семейной жизни»: Кн. Для учителя / Ковалев С.В. - М. : Просвещение, 1988.
7. Ковалев С.В. Психология современной семьи: Информ.-метод. Материалы к курсу «Этика и психология семейной жизни»: Кн. Для учителя / С.В. Ковалев. - М. : Просвещение, 1988.
8. Макарова В.А. Социально-психологическая поддержка детей и подростков в формировании полоролевых стереотипов на основе идей гендерного равенства / Макарова В.А., Козлова Е.Б., Попов К.А., Козлова М.И. // Комплексное изучение человека. Психология. Педагогика. – 2007.
9. Набойченко Е.С. Дефиниции формирующего пространства и обоснования необходимости его индивидуального моделирования /Е.С.Набойченко// Журнал «Сотис» № 6, 2006 - г. Москва.
10. Практикум по гендерной психологии / Под ред. И.С. Клецкиной. СПб.: Питер, 2003. С. 230–250.
11. Проблема усвоения ролей мужчины и женщины // Журнал «Вопросы психологии» 1991 год № 1 С. 74-82.

Набойченко Евгения Сергеевна – д.п.н., психолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268 dhona@mail.ru,

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Никорчук Н.В.

*Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
населения Свердловской области
«Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Талисман», г. Екатеринбург*

Семья, воспитывающая ребенка раннего возраста с нарушениями развития остро нуждается в психологической помощи. Психологическая помощь такой семье помогает в значительной степени преодолеть деструктивность установок и стиля воспитания, повысить воспитательный потенциал семьи, и тем самым создать необходимые условия для оптимального развития и воспитания малыша с нарушениями развития в семье.

Ключевые слова: психологическое сопровождение семьи, ранний возраст, психологическая диагностика семьи, модель помощи семье.

Psychological work with the family which is bringing up the child of early age with developmental disability

"Rehabilitation Center for Children and Teenagers «Talisman», Ekaterinburg

Nikorchuk N.V.

It is necessary to pay special attention for creation of conditions in the family with the child of early age with developmental disability. Such family needs for the help in order to overcome substantially destructive installations and wrong style of education. The family also needs for special conditions for optimum progress and education of the child with developmental disability.

Keywords: psychological support of family, early age, psychological diagnostics of family, model of the help to family.

Роль родителей в психическом развитии ребенка первых трех лет жизни уникальна. Ребенок не может хорошо развиваться сам по себе, без активного и грамотного вмешательства взрослого. Даже относительно здоровый ребенок будет со временем или отставать в развитии, или оно будет негармоничным, если уход и общение с ним будет неправильным. Кроме того, результатом искреннего и доброжелательного позитивного общения взрослого и ребенка окажутся сформированные у малыша чувство доверия к миру, привязанность к родителям и другим близким людям. Именно семья является той средой, в которой формируется личность ребенка и закладывается ресурс его социальной адаптации, поэтому необходимо уделять особое внимание созданию условий для целостного психического развития ребенка раннего возраста в семье через решение

конкретных проблем, возникающих в семье в процессе развития малыша; оказание семье, воспитывающей ребенка раннего возраста, психологической помощи и поддержки.

Особенно остро нуждается в психологической помощи семья, воспитывающая ребенка раннего возраста с нарушениями развития, так как в связи с особым образом жизни ребенка на семью, воспитывающую такого малыша, ложится основное бремя ухода воспитания и образования ребенка, что неизбежно сопровождается повышенными не только материальными затратами, но и психологическими и эмоциональными перегрузками.

Психологическая работа с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития, состоит из нескольких последовательных этапов, представленных в таблице. На каждом этапе решаются конкретные задачи психологического сопровождения семьи и используются определенные направления работы при оказании психологической помощи семье.

Таблица 1
Этапы психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития

Этапы	Задачи	Направления работы психолога
1 этап - ориентировочный	- установление контакта с родителями ребенка; - выявление стиля воспитания, особенностей детско-родительских отношений, трудностей, возникающих у родителей при общении и воспитании ребенка	Психологическая диагностика семьи
2 этап – этап планирования	- определение объема и вида необходимой психологической помощи родителям ребенка	Разработка индивидуальной программы психологического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития
3 этап – этап оказания помощи	- оказание необходимой обучающей помощи родителям ребенка в создании условий, необходимых ребенку для полноценного психического развития; - оказание необходимой психологической помощи родителям с целью гармонизации межличностных отношений с ребенком, оптимизации воспитательного процесса	Психологическое консультирование; активное социальное обучение
4 этап - отслеживающий	- отслеживание эффективности оказания обучающей и психологической помощи семье	Повторная (динамическая) психологическая диагностика семьи

Психологическая диагностика является фундаментом программы психологического сопровождения семьи, и имеет выраженный практико-ориентированный характер. Психологическая диагностика семьи проводится в ходе собеседования с родителями путем оценки анализа жизни семьи, отношений в семье и работы с опросниками ABC, «PARI», выявляющими стиль воспитания в семье, тип отношения к ребенку. Общие результаты обследования семьи анализируются по 4 параметрам [2,3]:

- психологическое здоровье родителей;
- психологический климат (характер взаимоотношений) в семье;
- психолого-педагогическая компетентность родителей;
- адекватность установок и стиля воспитания родителей в отношении ребенка.

На основании данных психологической диагностики выстраивается программа психологической помощи родителям. В зависимости от характера причин, вызывающих проблему, особенностей ребенка, психологических трудностей родителей и решения определенных практических задач психологического сопровождения используются различные модели помощи семье [4]:

1. Педагогическая модель. Данная модель базируется на гипотезе недостатка педагогической компетентности родителей, дефиците у родителей знаний и умений по воспитанию детей. Она направлена на повышение психолого-педагогической культуры родителей, расширение и восстановление воспитательного потенциала семьи, активное включение родителей в процесс социального воспитания детей. Психолог вместе с родителями анализирует ситуацию, намечает программу мер.

2. Психотерапевтическая модель. Используется тогда, когда причины трудностей ребенка лежат в области общения, личностных особенностей членов семьи. Она предполагает анализ семейной ситуации, психодиагностику личности, диагностику семейных отношений. Практическая помощь заключается в преодолении барьеров общения и причин его нарушений.

3. Диагностическая модель. Основывается на предположении дефицита у родителей специальных знаний о ребенке. Объект диагностики – психическое развитие ребенка. Диагностическое заключение может служить основанием для принятия организационного решения.

Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития, осуществляется по трем направлениям:

- консультирование родителей по проблемам развития и воспитания ребенка, психологическая помощь родителям в понимании особенностей поведения ребенка

раннего возраста с нарушениями развития (непослушание, капризы, агрессивность, сложности в контакте с детьми или взрослыми, страхи, нарушение сна и аппетита и т.д.);

- собственно психологическое консультирование родителей по их личностным проблемам;

- повышение психолого-педагогической компетентности родителей:

- обучение родителей приемам психологической помощи ребенку раннего возраста с нарушениями развития;

- обучение родителей созданию наиболее благоприятных условий для развития ребенка, приемам и методам развития ребенка раннего возраста с нарушениями развития;

- обучение родителей навыкам и приемам позитивного взаимодействия с ребенком.

При работе с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития, в направлении повышения психолого-педагогической компетенции родителей используются следующие формы и методы активного социального обучения:

- ▶ тренинг по формированию навыков позитивного общения с ребенком раннего возраста «Крошка на ладошках»;

- ▶ психологические игры;

- ▶ анализ ситуаций (формирование знаний, социальных установок, умений и навыков самопознания и саморегуляции, общения и межличностного взаимодействия);

- ▶ комплексные обучающие занятия «Мать и дитя» (обучение родителей приемам организации игровой и учебной деятельности детей, способствующей психическому развитию, ознакомление их с развивающими, дидактическими играми).

Приоритет того или иного направления, форм и методов работы выбирается в зависимости от выявленных проблем семьи.

В Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман» города Екатеринбурга диагностическое обследование в амбулаторном режиме за период с 2008 по 2011 год прошли 247 семей, воспитывающих ребенка раннего возраста. Из всего количества детей раннего возраста (от рождения до 3,5 лет), получивших в этого периода помощь специалистов, только у 13% не выявлено никаких нарушений, у 87% выявлены те или иные нарушения. Из количества детей, имеющих те или иные нарушения в развитии - 25% детей имеют нарушения одной сферы, 35% детей имеют негрубые нарушения двух и более сфер и 40% детей имеют множественные тяжелые нарушения.

Результаты психодиагностического обследования семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с серьезными нарушениями развития, показали, что в таких семьях

чаще наблюдаются деструктивные межличностные отношения и неблагоприятный психологический климат. Так, по результатам обследования по методике «PARI» в семьях, воспитывающих ребенка раннего возраста с нарушениями развития, в 45% случаев наблюдаются частые семейные конфликты, отсутствие эмоциональной поддержки в семье между партнерами, зависимость и несамостоятельность матери. В отношениях родителей (в основном, матери) к ребенку в 45% случаев прослеживается амбивалентная тенденция, проявляющаяся, с одной стороны, в излишней концентрации на ребенке чрезмерной заботой о нем, установлением отношений зависимости, чрезмерным вмешательством в мир ребенка и стремлением ускорить его развитие, с другой стороны – чрезмерной эмоциональной дистанцией с ребенком, раздражительностью, вспыльчивость, излишней строгостью и суровостью.

В целом, анализ результатов психодиагностического обследования обратившихся за помощью психолога семей, имеющих детей раннего возраста с нарушениями развития, показал, что основной проблемой данных семей является в большинстве случаев сниженный уровень психолого-педагогической компетентности родителей, не умеющих правильно построить систему обучения и воспитания проблемного ребенка, недостаточно владеющих знаниями и навыками по оказанию помощи своему ребенку в преодолении нарушений (рисунок).

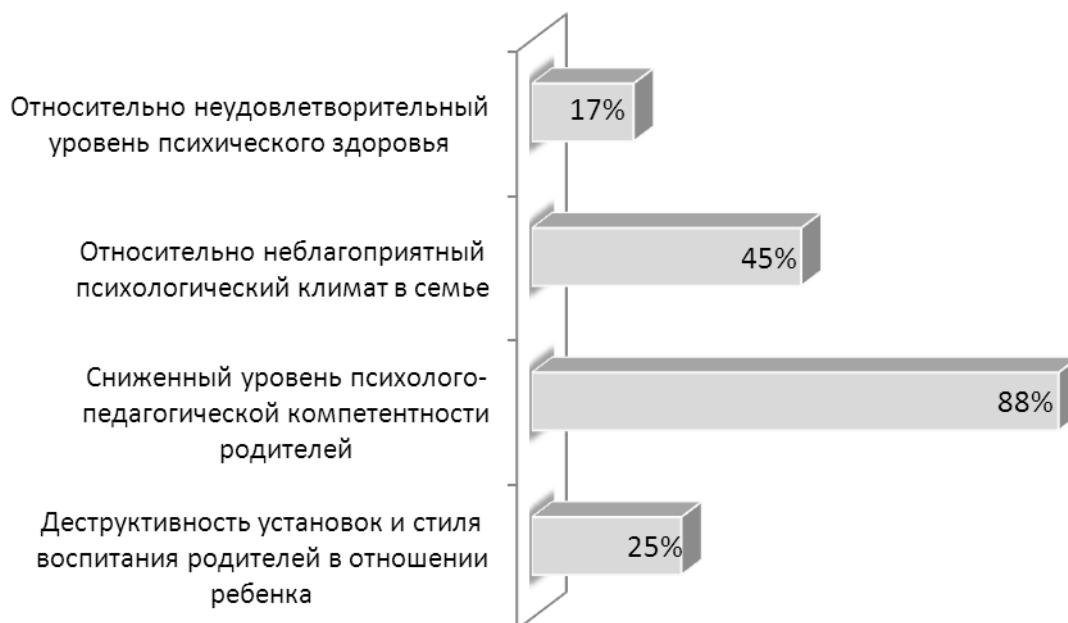


Рис. Результаты психодиагностического обследования семей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями развития

Анализ результатов последующей повторной (динамической) психологической диагностики семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с нарушениями развития, которым была оказана психологическая помощь, показал, что значительно повысить уровень психолого-педагогической компетентности родителей удалось в 80% случаев, преодолеть деструктивность установок и стиля воспитания родителей (в основном, матери) в отношении ребенка – в 50% случаев.

Таким образом, ранняя, вовремя оказанная психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями развития, помогает в значительной степени преодолеть деструктивность установок и стиля воспитания родителей в отношении ребенка, повысить воспитательный потенциал семьи, и тем самым создать необходимые условия для оптимального развития и воспитания ребенка раннего возраста с нарушениями развития в семье, в значительной степени ослабить ограничения жизнедеятельности ребенка в будущем и получить в лице семьи надежного союзника в процессе дальнейшей реабилитации ребенка.

Список литературы

1. Интенсивная семейная терапия на дому. Практическое руководство.– М., 2007. – 176с.
2. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом. Методические рекомендации. – М.- СПб: НВТ «БИМК-Д», 1998.– 439с.
3. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболеваний нервной системы. Методические рекомендации. – М.- СПб: НВТ «БИМК-Д», 1998. – 536с.
4. Токарева Ю.А. Психологическое сопровождение семьи при реабилитации: Учебное пособие. – Екатеринбург: УрГИ, 2007. – 196с.

Никорчук Наталья Викторовна - ГБУ социального обслуживания населения Свердловской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман», 620010 г. Екатеринбург, ул. Грибоедова, 14а; (343)258-05-34;; – e-mail natalinika71@mail.ru

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Обухова Н.В.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

В статье рассматривается организация работы с родителями, воспитывающими детей с тяжелыми нарушениями здоровья. Представлен анализ возможностей групповой работы с родителями, рассмотрены особенности проведения занятий для родителей специалистами, участвующими в реабилитации ребенка.

Ключевые слова: семья, семейное воспитание, развитие ребенка с особыми потребностями, педагогическая поддержка родителей, групповая работа с родителями ребенка-инвалида.

Pedagogical Support for Parents with Disabled Children

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Obuhova N.V.

The article deals with the organization of work with parents of children with severe health problems. It presents the analysis of the possibility for group work with parents, the peculiarities of the training course for parents with professionals in the rehabilitation of the children.

Keywords: family education, parenting support, group work with parents.

Семья занимает центральное место в формировании личности ребенка. Именно в семье ребенок получает первые навыки восприятия действительности, приучается осознавать себя полноправным гражданином общества. По мнению исследователей, то каким вырастет человек, какие черты характера у него сформируются - на 70% зависит от родителей, и чем сложнее и непонятнее для ребенка социум, тем значимее для него становится семья [1, 2].

Отечественные социологические исследования указывают на приоритет семейного воспитания среди других жизненных ценностей у 64,4% отцов и 82,2% матерей [3]. Среди семей, имеющих детей с особыми потребностями, 81% родителей считают реабилитацию ребенка своей главной жизненной задачей, т.е. ориентированы на активные действия [4].

Мировой и отечественный опыт показал, что эффективность семейной абилитации и реабилитации для ребенка неизмеримо выше, чем при нахождении в интернате. Оставляя ребенка в семье, значительная часть родителей стремится к воспитанию и развитию ребенка с особыми потребностями как полноправного гражданина, но в то же время не имеют специальных знаний и необходимого опыта [5]. Поэтому в первую очередь встает задача, помочь семье оставить у себя такого ребенка, предоставить необходимую помощь в его лечении, развитии и обучении.

Воспитание ребенка с особыми потребностями развития проблема не только семьи, но и общества. Лечение, восстановлением здоровья, оказанием социальной помощи, воспитанием и развитием ребенка занимаются разные государственные структуры. Их рекомендации и действия бывают несогласованными, противоречивыми, а порой и взаимоисключающими. Родители зачастую теряются в многочисленных рекомендациях, не могут определить приоритеты, пропускают отдельные этапы лечения, не укладываются во временные рамки реабилитации, что отрицательно влияет на развитие ребенка, а, в конечном счете – замедляют улучшение качества жизни ребёнка.

Потребность в специальных знаниях остро ощущается родителями. Однако психолого-педагогические знания по воспитанию детей с особыми потребностями они получают хаотично: из Интернета, СМИ, личного жизненного опыта знакомых, отрывочных наблюдений, бесед с педагогами.

Эффективная реабилитация предполагает получение семьей квалифицированной педагогической поддержки на всех стадиях жизненного пути ребенка — от рождения до включения в трудовую деятельность. Семья, воспитывающая ребенка с особыми потребностями, должна видеть модели жизненного маршрута, которым будет следовать ребенок: посещение дошкольного учреждения, учеба в школе, профессиональная деятельность, разнообразные формы досуга. Наличие реальной жизненной перспективы у ребенка снимает хроническое социальное напряжение в семье.

Групповая терапия (или групповые занятия) помогает родителям в обретении осознанного отношения к развитию, обучению, лечению и реабилитации детей с особыми потребностями. Работа в группе позволяет решить следующие задачи:

1. Обеспечить взаимодействие специалистов и родителей для успешного лечения и реабилитации детей с особыми потребностями.
2. Создать условия для объединения родителей, имеющих детей с особыми потребностями, для взаимной поддержки в сложных жизненных ситуациях.
3. Познакомить родителей с особыми формами развития детей, возникающими в результате заболевания.
4. Повысить педагогическую культуру родителей, обучить умению решать социальные и психолого-педагогические вопросы при особенном развитии ребенка в рамках семейного воспитания.
5. Формировать у родителей ценностную ориентацию активной жизненной позиции «помоги своему ребенку сам».

Формы работы с группой могут быть обозначены как информационная поддержка, обучающие занятия, тренинги, «Школа для родителей», семейный клуб и др.

Успех сотрудничества специалистов с родителями достигается при выполнении следующих условий:

- родители доверяют специалистам;
- родители и специалисты создают установку на совместное решение задач развития и воспитания ребенка с особыми потребностями;
- в работе группы присутствует отказ от критики участников процесса;
- каждый член группы обеспечен правом свободного мнения и выбора;
- со стороны специалистов имеется уважение и плюрализм к жизненным позициям родителей;
- вся работа в группе способствует удовлетворению познавательного интереса родителей.

Работа в группе условно подразделяется на несколько этапов:

1 этап – организационный.

Задачи:

- Подбор специалистов и родителей для работы в группе.

Требования к специалистам: высокий профессиональный уровень, умение популяризировать знания, владение элементами групповой психокоррекции.

Требования к родителям: обязательное воспитание в семье ребенка с особыми потребностями, ощущение необходимости специальных педагогических знаний, желание работать в группе.

Оптимальное количество родителей в группе 12 (15) человек, что позволяет работать малыми группами, парами, тройками, четверками.

- Организация места для проведения занятий: поиск, аренда помещения с достаточным освещением, температурой, кондиционированием воздуха, благоприятной акустикой.
- Продуманная доставка специалистов к месту проведения занятий.
- Знакомство родителей с организацией работы в группе, с программой занятий, оповещение о времени проведения занятий. При необходимости: организация занятости детей с особыми потребностями в соседней комнате, транспортировка детей к месту проведения занятий.
- Организация чаепития.

- Оборудование рабочего места: стулья, стол для специалиста, 3-4 стола для работы участников малых групп (при необходимости столы сдвигаются – проводится коллективная работа за 1 столом), ноутбук, проектор, экран, дополнительное оснащение в соответствии с темой занятия.

2 этап – основной.

- Знакомство участников группы. Диагностика участников группы на предмет родительской мотивации, стиля общения родителей с детьми и др.
- Работа в группе (реализация основной задачи).
- Организация свободного межличностного общения.

3 этап – завершающий.

- Подведение итогов работы группы: контрольное тестирование родителей, анкетирование специалистов и родителей по оценке результатов.
- Анализ работы группы: необходимость корректировки содержания занятия, организации работы, изменения в подборе группы участников и др.

Занятия группы могут быть представлены в виде основного и дополнительного курса.

Занятия основного курса не учитывают специфику заболевания ребенка, призваны дать базовые знания родителям по отдельным блокам: дефектологический, логопедический, психологический и др.

Занятия проводят педагоги, психологи, социальные работники, владеющие технологиями оказания помощи детям с особыми потребностями.

Занятия проходят в форме лекций, семинаров, свободной дискуссии, ролевых и деловых игр, практических работ.

В работе с родителями используются следующие методические приемы: сообщение информации, дискуссия, обсуждение различных точек зрения, моделирование проблемных ситуаций и их разрешение, анализ педагогических ситуаций.

На занятиях дополнительного курса учитывается специфика заболевания группы детей.

В качестве консультантов к общению с родителями приглашаются врачи по профилю заболевания, юристы, специалисты из администрации управления образованием, здравоохранением, социальной помощи. Кроме того, занятия дополнительного курса могут проводиться самими родителями в виде «круглого стола», обмена мнениями и опытом.

В процессе работы в зависимости от состава родителей, от вида патологии их детей содержание занятий может быть творчески расширено или изменено.

Курсы занятий (основной и дополнительный) проводятся в течение учебного года. Встречи с родителями проходят ежемесячно или 1 раз в 2 месяца. Каждая встреча включает 3-4 занятия из различных блоков (выбор блоков зависит от участия того или иного специалиста). Длительность встречи не более 2,5 – 3 часов (столько времени занимает перерыв между приемами пищи у младенцев). Продолжительность 1 занятия варьируется от 30 до 45 минут.

Предполагается, что в процессе освоения программы родители обретут:

- осознание семейного опыта, степень личного участия в воспитании ребенка и ее значимость;
- адекватное отношение к ребенку как к личности, субъекту семьи и общества;
- повышение педагогической компетентности, понимание задач, направлений и этапов психолого-педагогического воздействия;
- заинтересованность в позитивном социальном и психологическом развитии ребенка;
- навыки родительско-детского взаимодействия и способы разрешения трудных психологических ситуаций в семье;
- расширение круга межличностного общения.

Список литературы

1. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. М.: Айрис-пресс, 2000. – 114 с.
2. Давыдова О.И., Богославец Л.Г., Майер А.А. Работа с родителями в детском саду: Этнопедагогический подход. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 144 с.
3. Скобкин В.С., Марич Е.М. Социология семейного воспитания: дошкольный возраст. Тр. по социологии образования. Т. VII. Вып. VIII. М., 2000. – 186 с.
4. Старшинова А.В., Ерина Е.Л., Блохина С.И. Социальная работа в комплексной реабилитации детей с тяжелыми нарушениями здоровья. Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2008 – 168 с.
5. Набойченко Е.С., Блохина С.И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Екатеринбург: НПЦ «Бонум», 2004 – 132 с.

Обухова Нина Владимировна – к.п.н., педагог – логопед высшей категории ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2572100, e-mail bonum@bonum.info

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ: ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРОФЕССИИ

Шило А.С.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

Статья посвящена анализу современных противоречий развития профессиональной социальной работы в процессе интеграции данной профессии в существующую профессиональную структуру российского общества. Проблемы взаимодействия социальных работников, специалистов по социальной работе и представителей других профессий, возникающие в процессе их совместной работы, представляют существенный интерес, так как их решение способно повысить эффективность оказываемой клиентам помощи.

Ключевые слова: профессионализация социальной работы, профессия, социальный работник, профессиональный статус, функциональная специфичность профессии.

Social work in the system of helping professions: the problem of functional specificity formation

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Shilo A.S.

This paper is devoted to the analysis of modern contradictions of the development of professional social work during the process of integration social work into the Russian professional structure. The problems of interactions of social workers and other specialists are very interesting for researching because of the results.

Keywords: professionalization of social work, social worker, functional specificity of profession.

Развитие системы социальной помощи в России предполагает формирование разветвленной сети социальных учреждений различного профиля, включающих в себя не только учреждения социального обслуживания населения, но и учреждений медицинского, реабилитационного, психологического профилей. Таким образом, одним из приоритетных направлений данного процесса выступает интеграция практической социальной работы в такие профессиональные сферы, как медицина, психология, право, образование и др. Профессиональные специалисты социальной работы, призванные решать комплексные проблемы клиента на основе целостного, научно обоснованного и интегративного подхода, в процессе осуществления своей деятельности нередко сталкиваются с необходимостью взаимодействовать с другими помогающими специалистами: врачами, юристами, психологами, педагогами и даже представителями органов внутренних дел. Профессионализация социальной работы сопряжена с формированием функциональной специфичности профессии, то есть комплекса функций, на основании которых можно идентифицировать профессиональную позицию или

профессиональную роль социального работника, а также специалиста по социальной работе. Развитие профессиональной социальной работы в современных условиях испытывает влияние целого ряда противоречий, характеризующих процесс формирования функциональной специфичности профессии социального работника.

В рамках исследования, выполненного кафедрой социальной работы УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина в ноябре 2011 года, были проанализированы особенности развития профессии социального работника в контексте интеграции практики социальной работы в современную социальную помощь населению. В ходе проведения исследования методом анкетирования было опрошено 412 социальных работников и специалистов по социальной работе г. Екатеринбурга.

Результаты

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы относительно процесса формирования профессиональной компетенции социальных работников и специалистов по социальной работе.

Во-первых, в сложившихся социально-экономических условиях все чаще состояния, которые затрудняют социальное функционирование индивида, характеризуются как комплексные (например, болезнь и как следствие болезни проблемы в семье, снижение уровня материальной обеспеченности и социальной защищенности), что требует в разрешении такой проблемы участия не только социальных работников, но и психологов, врачей, педагогов, юристов. Таким образом, оказание профессиональной помощи и поддержки людям также должно строиться на принципах комплексного и интегративного подхода. Эта тенденция развития социальной помощи в современной России отчетливо прослеживается уже на протяжении более, чем 10 лет. Интеграция социальной работы в практику медицинских, образовательных, пенитенциарных и других учреждений обусловлена формирующейся потребностью населения в получении квалифицированной профессиональной помощи. В этих условиях особую актуальность приобретает проблема профессионального статуса социальной работы. В сравнении с другими помогающими профессиями социальная работа насчитывает более скромную историю развития. Таким образом, актуализируется проблема формирования сферы профессиональной компетенции социальных работников и специалистов по социальной работе. По данным нашего исследования 78 % опрошенных социальных работников и специалистов по социальной работе в ходе осуществления своей профессиональной деятельности в той или иной степени дублируют функции других специалистов. Таким образом, складывается противоречие между формирующейся системой комплексной социальной помощи

населению и распределением между профессионалами различных профилей зон профессиональной ответственности. В ходе исследования данной проблемы мы выявили, что специалисты социальной работы при разрешении проблемы клиента сталкиваются с необходимостью выполнять профессиональные функции, схожие с ролями психологов, медиков, юристов и педагогов (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1
Выполнение специалистами социальной работы функций, дублирующих профессиональные обязанности представителей смежных профессий
(в % от числа ответивших)

Должность	Группы смежных профессий						Всего:
	Юристы	Психологи	Медицинские работники	Педагоги	Сотрудники органов внутренних дел	Другие специалисты	
Социальный работник	13,2	26,1	32,5	8,9	9,5	4,6	48,5
Специалист по социальной работе	24,8	33,4	17,2	25,5	14,7	4,9	51,5
Всего:	38,0	59,5	49,7	34,4	24,2	9,5	100,0

* Коэффициент Крамера [0..1]: 0,268, вероятность ошибки: 0,10%

Результаты исследования позволяют предположить наличие проблемы разграничения профессиональных полномочий и должностных обязанностей специалистов социальной работы и представителей медицинской, юридической, педагогической и психологической профессий. Социальная работа как профессия, возникшая на стыке различных полей профессиональной деятельности, по-прежнему сохраняет неустойчивый профессиональный статус, что выражается в недостаточном развитии функциональной специфичности профессии. Об этом в частности говорит тот факт, что 70 % опрошенных нами социальных работников и специалистов по социальной работе с различной периодичностью сталкиваются с необходимостью выполнения профессиональных функций, лежащих за пределами их профессионально-должностных обязанностей.

Во-вторых, профессионализация социальной работы сопряжена с укреплением профессионального авторитета специалистов социальной работы и развитием сферы профессиональной экспертизы социальных работников. Как показывают исследования, проведенные в 2000-х гг., специфический имидж профессиональной социальной работы

является индикатором наличия проблемы в этом аспекте развития профессии. Так, по данным исследований, выполненных группой авторов под руководством Ю.Р. Вишневого, в период с 2008 по 2010 гг. на 15 % выросло число людей, затрудняющихся ответить, в чем заключаются профессиональные обязанности специалистов социальной работы. Также, с 43 % до 20 % снизилась доля опрошенных, считающих, что круг профессиональных полномочий работников социальной сферы достаточно широк и позволяет им помогать человеку [1].

Материалы нашего исследования показали, что данная негативная тенденция развития профессии сохраняется, обретая новые очертания. Среди опрошенных специалистов 27 % охарактеризовали совокупность своих профессиональных обязанностей, как недостаточно четко очерченные, т.е. реализуемые не всегда последовательно и соответственно сложившейся ситуации. Характеризуя ситуации, когда специалистам социальной работы приходится взаимодействовать с профессионалами в других областях, мы также можем говорить о наличии проблемы профессионального авторитета. По мнению опрошенных специалистов социальной работы, в спорных ситуациях профессиональное мнение специалистов других профилей оказывается решающим в 2 раза чаще, чем мнение самих социальных работников и специалистов по социальной работе. Стоит отметить, что с данной ситуацией чаще сталкиваются социальные работники и специалисты, не имеющие профильного образования, нежели специалисты по социальной работе и те, кто имеют профессиональное образование по социальной работе, что демонстрирует высокую значимость профессионального образования как ресурса повышения профессионального авторитета. Таким образом, для современного этапа развития профессии социального работника характерно противоречие между довольно широким и разнообразным кругом профессиональных ролей и сложностью в их реализации, связанной с ограничением сферы профессиональной ответственности специалистов социальной работы.

В-третьих, в ходе нашего исследования, мы обнаружили интересные особенности восприятия своей профессиональной роли самими специалистами социальной работы. В целом, более 80 % опрошенных рисуют положительный портрет специалиста социальной работы, считая его высококвалифицированным, а также отмечая, что социальная работа представляет собой сложную и ответственную профессиональную деятельность. Также, более 80 % специалистов считают, что работа, которую они выполняют, соответствует потребностям общества и клиентов, в частности, отвечает потребностям той организации, где заняты специалисты. Однако наряду с этим мы получили данные, согласно которым

44,6 % опрошенных социальных работников и специалистов по социальной работе считают, что коллеги недооценивают их вклад в решение проблемы клиента. Таким образом, можно сделать вывод о том, что значительное число социальных работников и специалистов по социальной работе чувствуют себя недооцененными и рассматривают свою профессиональную ситуацию, как несправедливую. Данная проблема усугубляется низкой оплатой труда специалистов, что еще в большей степени усиливает ощущение несправедливого отношения. Взаимопонимание и взаимное уважение являются важной составляющей взаимодействия с коллегами в рамках любой профессиональной деятельности, однако, когда речь идет о благополучии или даже жизни клиента, то любые сложности во взаимодействии специалистов могут оказывать негативное воздействие на разрешение ситуации. В связи с этим, данные нашего исследования заставляют обратить внимание на проблему информированности специалистов смежных профилей о содержании социальной работы вообще и о профессиональной роли социальных работников и специалистов по социальной работе. Так, более 76 % участвовавших в опросе специалистов социальной работы отметили, что им приходится разъяснять свою профессиональную роль и функции при взаимодействии со специалистами из других профессиональных областей. Этот факт можно интерпретировать как серьезное препятствие на пути интеграции социальной работы в смежные профессиональные области.

В-четвертых, важной задачей нашего исследования была попытка осмыслить взаимосвязь между перспективами профессионализации социальной работы и развитием функциональной специфичности профессии.

В рамках исследования мы ориентировались на социологические концепции развития профессии, которые предполагали, что развитие любой профессии выражается в усилении дифференциации между различными сферами практической деятельности и укреплении статуса профессиональной группы и отдельно взятого профессионала в результате легитимизации и расширения своих профессиональных полномочий. В этом случае важным условием профессионализации выступает развитие уникальных, специфических способов решения той или иной задачи, таким образом, успешность в разрешении проблемы клиента должна быть напрямую связана с применением специалистами социальной работы ограниченного и довольно специфического круга методов и приемов работы. В связи с этим аспектом развития профессии в ходе исследования мы получили несколько неожиданные результаты. Согласно полученным результатам, представленным в таблице 2, субъективное восприятие успешности решения

профессиональных задач более присуще тем специалистам, которые чаще других отмечали, что в своей работе дублируют профессиональные функции других специалистов.

Таблица 2
Оценка специалистами социальной работы успешности реализации своих профессиональных задач (в % от числа ответивших)

	Чувствуют себя успешным и в полной мере	Чувствуют себя скорее успешным и	Чувствуют себя скорее не успешным и	Чувствуют себя неуспешными	Затруднились ответить	Всего:
Специалисты, дублирующие профессиональные обязанности специалистов смежных профилей	41,4	49,5	5,0	1,2	2,8	100,0
Специалисты не дублирующие профессиональные обязанности смежных специалистов	26,4	49,4	13,8	2,3	8,0	100,0

* Коэффициент Крамера [0..1]: 0,205, вероятность ошибки: 1,00%

Стоит также обратить внимание на то, что наличие образования по профилю социальной работы и выполнение работы за рамками своих должностных обязанностей не оказываются столь связанными с ощущением успешности в оказании помощи клиентам [2]. Результаты нашего исследования, таким образом, подтверждают, что профессионализация социальной работы имеет ярко выраженные особенности и обусловлена рядом противоречий, которые характеризуют процесс формирования функциональной специфичности профессии социального работника.

Становление профессии социального работника в современных условиях требует, таким образом, целенаправленной и организованной стратегии включения профессиональных социальных работников и специалистов по социальной работе в практику оказания помощи и поддержки населению. Результаты исследований отчетливо демонстрируют наличие проблем, характеризующих взаимодействие специалистов социальной работы и представителей смежных профессий.

Особого внимания заслуживает исследование такого аспекта развития профессии, как интеграция социальной работы в систему здравоохранения. Инициация этого процесса была заложена в конце 1990-начале 2000-х гг. рядом нормативно-правовых документов, регламентирующих развитие практики социальной поддержки людей, имеющих определенные проблемы со здоровьем. В частности, в 2000 г. Коллегией Министерства

здравоохранения Российской Федерации рассматривался вопрос «О подготовке специалистов по социальной работе в вузах Минздрава России и их трудоустройстве», в 2007 г. был издан Приказ № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» [3], в 2008 г. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития был утвержден перечень профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг. Сфера здравоохранения во многих странах является полем профессиональной деятельности социальных работников. В США в качестве направления практической социальной работы помощь людям, имеющим различные заболевания, стала развиваться с 1970-х гг. и в настоящее время является полноценной сферой занятости социальных работников. Как показывают результаты нашего исследования, проблема взаимодействия социальных работников и медицинского персонала остается весьма актуальной: каждый третий опрошенный специалист по социальной работе и более половины социальных работников сталкиваются с необходимостью выполнять профессиональные функции медицинских работников. Данный факт объясняется, прежде всего, характером тех социальных услуг, которые оказывают социальные работники и спецификой клиентов учреждений социального обслуживания населения, значительную часть из которых составляют пожилые люди и инвалиды. Вместе с тем это указывает на потенциально конфликтные ситуации, когда решение профессиональных задач предполагает не конкуренцию, а кооперацию специалистов социального и медицинского профиля. Интеграция практики социальной работы в учреждения здравоохранения, таким образом, с одной стороны, является важным направлением развития профессии, а с другой характеризуется наличием сложностей организационного плана.

Анализ данных анкетного опроса специалистов социальной работы г. Екатеринбурга позволяет выделить следующие ключевые аспекты развития профессии, требующие пристального внимания, прежде всего, со стороны самих специалистов, а также руководства учреждений, в которых заняты социальные работники и специалисты по социальной работе. Оптимизации взаимодействия социальных работников и профессионалов в области медицины, права, психологии, педагогики будет способствовать создание следующих условий.

Во-первых, разработка и внедрение информационной составляющей кадровой политики учреждений, оказывающих помощь и поддержку населению, направленной на формирование адекватного и целостного представления о социальной работе как виде

профессиональной деятельности, а также разъясняющих профессиональные роли и потенциальные возможности специалистов по социальной работе и социальных работников.

Во-вторых, поощрение коллективных форм работы специалистов различных направлений и профилей, создание благоприятных условий для выработки и принятия совместных профессиональных решений. Важным также выступает позиция руководства по отношению к разрешению возникающих сложностей и конфликтов, без которых невозможно внедрение и развитие эффективных и действенных технологий разрешения комплексных проблем клиентов. Безусловно, выработка механизмов преодоления подобных сложностей займет продолжительное время, однако, в результате это позволит выстроить стабильную, обоснованную профессиональную систему взаимодействия специалистов. Фактором, способствующим развитию продуктивного взаимодействия специалистов, также является совместное участие социальных работников, врачей, юристов, психологов в научных конференциях, курсах повышения квалификации, круглых столах.

В-третьих, содействие в укреплении профессионального статуса и имиджа специалистов социальной работы посредством профессионального отбора кадров, своевременного повышения квалификации специалистов социальной работы.

Список литературы

1. Профессиональный имидж и престиж социальной работы: монография; под ред. д-ра филос. наук, проф. Ю.Р. Вишневого / М.В. Певная, Ю.Р. Вишневский, Я.В. Дидковская [и др.]. // Екатеринбург: УрФУ, 2011.
2. Сайт Национальной Ассоциации Социальных Работников США. – Электронный ресурс. – [Режим доступа] <http://www.socialworkers.org/> Дата обращения (20.10.12)
3. Приказ от 1 июня 2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». – Электронный ресурс. - [Режим доступа] <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=396667>. Дата обращения (20.10.12)

Шило Александра Сергеевна - ассистент кафедры социальной работы УрФУ, : 620000 г. Екатеринбург, ул. Ленина, 51, тел. 8-922-2953156 e-mail: nobel2023@mail.ru

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

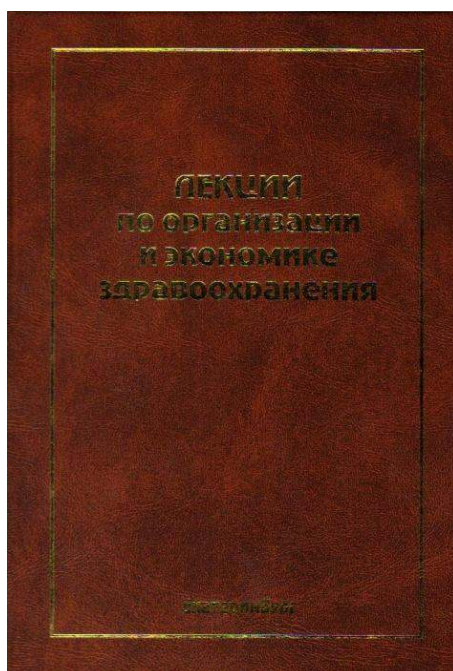
Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию очередную статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, Т.В. Черновой), изданного в Уралмедсоцэкономпроблем и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2010 году.

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

В данном номере представляем Вам лекцию доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой экономики и управления здравоохранением УрГЭУ Леонтьева Игоря Леопольдовича, посвященную социальной сфере, а именно коммерциализации результатов инновационной деятельности.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.



КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

И.Л. Леонтьев

Кафедра экономики и управления здравоохранением

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральский государственный экономический университет», г.Екатеринбург

Инновационная деятельность и коммерциализация определяются в виде микроэкономических категорий. Такая научная позиция поддерживается целым рядом отечественных и зарубежных ученых-экономистов. Действительно, инновационная деятельность и коммерциализация охватывают своим операционным полем интересы конкретных экономических субъектов. Бизнес, осуществляющий коммерциализацию инноваций, ориентирован на прибыльность внедрения нововведений. Потребители новой продукции и услуг ориентированы на всестороннее удовлетворение их собственных, постоянно возрастающих и разностороннее совершенствующихся запросов. Выделим несколько моментов, касающихся взаимодействия инновационной деятельности и коммерциализации. В первую очередь, это возрастающие требования потребителей реальных товаров и услуг, включая социальную сферу. Следует подчеркнуть, что формирование этого сегмента потребностей происходит в относительно длительный период времени. Инвестор, вкладывающий денежные средства в инновации, первоначально занимает наблюдательную позицию, оценивая, как результаты этой деятельности отразятся на его совокупных хозяйственно-финансовых итогах. В отношении этапности процесса, ситуация аналогична реальному сектору экономики. Однако если в последнем в большинстве случаев промедление с внедрением носит локальный характер, отражающийся на конкретном товаре или услуге, то в социальной сфере, с ее взаимозависимостью процессов, подобная выжидательная позиция ощутимо тормозит развитие всей системы. Наглядным примером может служить развитие частных медицинских центров. От появления первых из них до сколь-либо значимого распространения опыта прошли годы безальтернативного господства

государственно-муниципального здравоохранения, не дающего права выбора пациенту, не обладающего даже «зачаточными» признаками конкурентности.

Современными задачами инновационной деятельности и, соответственно, бизнеса, ее осуществляющего, является сокращение срока формирования общественной потребности в новых видах товаров и услуг, внимательное и заинтересованное отношение к процессу коммерциализации. Именно последний создает предпосылки достижения результатов инновационной деятельности – удовлетворение потребности членов общества и получение дохода.

Коммерциализация представляется в виде процесса и совокупности действий, направленных на трансформацию научных достижений, в ходе инновационной деятельности в реально новые товары и услуги в рыночном пространстве, объединяющем материальное производство и социальную сферу (рис. 1).

Процессинговый подход к коммерциализации предполагает совокупные и четко последовательные действия, которые направлены на определенный результат – выведение на рынок новых видов товаров и услуг с обязательным условием роста доходов. Представление коммерциализации в виде процесса предполагает не только трансформацию результатов инновационной деятельности в соответствующие товары и услуги, но и своевременность этих действий, т.е. перспективность их востребованности обществом. Одновременно возникает встречное движение технологического обоснования и согласование его внедрения с рыночными условиями хозяйствования.



Рис. 1. Процессинговое содержание коммерциализации инноваций

Результативность коммерциализации, кроме традиционных направлений, связанных с увеличением объема выпуска новой продукции, повышения ее качественных параметров, стабилизации и снижения цены, также формирует возможность возврата инвестиций в научные исследования и продолжения их дальнейшего финансирования.

Коммерциализацию можно представлять как катализатор, порождающий новые сектора в реальном производстве и социальной сфере, мотиватор всесторонней модернизации действующих экономических субъектов. При этом отмечается большое разнообразие научно-теоретического трактования коммерциализации. В элементарном понимании этот процесс рассматривается как поиск и привлечение денежных средств для начала и, в большей мере, для продолжения научных исследований. Однако данная позиция односторонне отражает только заинтересованность научной среды.

Реальное трактование коммерциализации должно содержать ее основной смысл – превращение чего-либо в источник дохода. Трансформация единого объекта (или совокупности объектов) в источник дохода обуславливает экономическое содержание коммерциализации.

Научная трактовка коммерциализации расширяется посредством определения целевого назначения. Так, коммерциализация предполагает подчинение деятельности какого-либо субъекта целям извлечения прибыли.

Авторская позиция определения коммерциализации предусматривает комплекс, объединяющий процесс и форму построения или коренной трансформации реального бизнеса и социальной сферы на базе масштабного использования научных достижений (с прямым или косвенным участием авторов технологий). Чрезвычайно важным дополнением этой трактовки в современных условиях является такое формирование и функционирование бизнеса (включая реализацию бизнес-решений в социальной сфере), которое настроено и постоянно генерирует устойчивые или возрастающие финансовые потоки, включая доходы и прибыль.

Широкомасштабное научное осмысление и практическая реализация коммерциализации инноваций предполагает двойственность ее характеристики. Такое положение в авторском понимании обуславливается реформированием социально-экономических устоев общественной системы. На начальном этапе

трансформации отечественной экономики в период перехода от административно-командных к рыночным условиям коммерциализация рассматривалась в качестве элемента приватизации: прекращения предоставления дотаций на покрытие убытков от хозяйственной деятельности государственного предприятия с одновременным установлением ответственности управляющих за финансовые результаты его деятельности.

Данная формулировка не потеряла своей актуальности и в настоящее время. В рамках государственной политики продолжается приватизация объектов государственной собственности, в ходе которой в реальном и финансовом секторе экономики формируются новые субъекты хозяйствования, осуществляющие свою деятельность самостоятельно без государственных вливаний.

Авторской позицией предполагается расширение данной трактовки с учетом реформирования социальной сферы и изменение статуса бюджетных учреждений в Российской Федерации. Совокупность этих мероприятий допускает возможность коммерциализации национальной социальной сферы, включая здравоохранение.

Коммерциализацию допустимо рассматривать как коммерциализацию технологий. С точки зрения трансфертного подхода, предполагающего передачу прав из научной среды полученных знаний или достижений в производственный или социальный сектор экономики, данный подход имеет осязаемый экономический смысл. Приобретение прав будущим производителем предусматривает проведение расчетных операций и оформление соответствующих документов на новые товары и услуги. Этот аспект инновационной деятельности также должен закрепиться в российской действительности, учитывая проблемность ситуации с охраной прав на интеллектуальную собственность в России.

Коммерциализация социальных инноваций органично дополняет двойственную характеристику этого процесса. Несомненна ее взаимосвязь с организационно-экономической инновационной деятельностью в социальной сфере с получением коммерческого эффекта.

Традиционное понимание стержневой линии кругооборота коммерциализации технологий «деньги – наука – технология – деньги» демонстрирует развитие инновационной деятельности от начальной стадии до завершающей. В ходе коммерциализации социальных инноваций линия кругооборота преобразуется «деньги – наука – социальная инновация – деньги». Тем самым предусматривается

возможность научных разработок и внедрение их результатов в виде организационных, экономических, управленческих и финансовых решений в социальную сферу.

Размыкание кругооборота «деньги – наука – социальная инновация – деньги» позволяет сформулировать цепное построение стержневой линии. Такая модель демонстрирует последовательность возрастания стоимостных параметров социальной инновации (рис. 2).

Инициативность (от лат. *initiare*) социальной инновации предполагает индивидуальную или коллективную предприимчивость по выработке основных положений, а в дальнейшем способность к самостоятельным действиям.

Это сформировавшееся побуждение, направленное на удовлетворение общественных потребностей в социальных услугах и получение дохода. Переход от побудительного звена к возможности удовлетворения общественной потребности происходит именно в процессе коммерциализации.



Рис. 2. Стержневая линия коммерциализации социальных инноваций

Зачастую социальные инновации являются совокупностью организационно-экономических, управленческих и финансовых решений, способствующих модернизации функционирующих или вновь организуемых субъектов хозяйствования в социальной сфере. Ускорению введения социальных инноваций в коммерческий оборот служит разработка ряда рекомендаций, которые подтверждают ее перспективную востребованность на рынке. На данной стадии на базе рыночных условий все решения, обуславливающие социальную инновацию, должны оптимизироваться. Вместе с этим, должно формулироваться конкурентное преимущество в освоении новых или расширении действующих сегментов в социальной сфере.

Чрезвычайно важным аспектом является доказательность результатов социальной инновации, что напрямую содействует формированию необходимого объема инвестиционных ресурсов. Должна быть ориентация на рыночные обстоятельства. Социальной инновацией предлагается именно такое направление, к примеру, вид

медицинских услуг, который наиболее востребован в текущий и перспективный период времени. Немаловажное значение имеет и формирование позитивного общественного мнения.

Последовательно стоимость социальной инновации прирастает в ходе разработки организационно-экономического обоснования. Путем объединения всех составляющих познается жизнеспособность и востребованность конкретизированной социальной инновации. В ходе привлечения инвестиционных ресурсов подтверждается реальность результатов социальной инновации. Необходима убедительная демонстрация того, что конкретная социальная инновация может послужить основой поступательно развивающегося бизнеса.

Создание организационно-экономического обоснования социальной инновации аргументированно подтверждает потенциал будущего бизнеса, демонстрирует его реальные преимущества перед действующей системой оказания медицинских услуг такого профиля. Упомянутое обоснование также должно содержать достаточное теоретическое описание и временные параметры внедрения.

Увеличение стоимостных параметров социальной инновации происходит далее в модельном звене. Процедура демонстрации заменяется опытной моделью рыночного предложения. Такое практическое приближение допустимо представлять потенциальным потребителям, к примеру, нуждающимся в определенном виде медицинских услуг. Нуждающийся человек, познакомившись с модельной формой, оценивает ее с позиции возможности удовлетворения своих потребностей и предпочтения перед действующей системой оказания медицинских услуг. Тем самым устанавливается обратная связь.

Она будет тем результативнее, чем социальная инновация будет более ориентирована на ожидания потребителей и применяемые технологии (их существенное совершенствование).

Значимость рассматриваемой стадии состоит в поиске сбалансированного положения между инновационным содержанием представляемой медицинской услуги и текущими ожиданиями потребления. Социальная инновация, обладающая собственными издержками и набором рисков, подстраивается к рыночному спросу. Однако в секторе оказания медицинских услуг эта балансировка не должна упрощать функционал инновации.

Как правило, на практике принимается решение о реализации пилотного проекта. Такое звено стержневой цепи социальной инновации зачастую используется в здравоохранении. Особое распространение пилотные проекты получили на региональном уровне национальной системы охраны здоровья.

Аналитическая стадия позволяет сделать вывод о том, насколько проработана и ярко продемонстрирована социальная инновация, насколько компетентно учтены рыночные условия, спрогнозирована потребность в этих медицинских услугах, оценена конкурентоспособность по сравнению с функционирующими медицинскими учреждениями. Одновременно, в ходе управления коммерциализацией социальной инновации, следует проводить мероприятия по убеждению членов общества в целесообразности ее введения. Этому способствует сотрудничество с профессиональными объединениями (медицинскими сообществами), СМИ, государственными органами управления. Формируется профессиональное мнение, объединенное в рекомендации потребителям; проводятся ознакомительные встречи; выборочно (бесплатно) предоставляются начальные мероприятия медицинской услуги.

Следовательно, создается инфраструктура потребления конкретной социальной инновации, к примеру, оказание специализированной психологической помощи.

Инфраструктура потребления помогает создать из индивидуальных потребностей определенный сегмент в комплексном потреблении медицинских услуг членами общества. С точки зрения управления инновацией прилагаемые усилия должны аргументироваться существенным ростом объема потребления данного вида медицинской услуги. Несомненна значимость и суммы денежных средств, которая вкладывается в инфраструктурное сопровождение социальной инновации.

В целом, анализ результатов позволяет оценить общественную и экономическую необходимость внедрения конкретизированной социальной инновации. В завершающем звене осуществляется масштабное введение инноваций. Организуется стабильно и поступательно развивающийся бизнес, имеющий социальное значение. Внедрение социальных инноваций, прошедших все стадии коммерциализации, обеспечивает долгосрочность функционирования созданного медицинского учреждения, выделение его доли в специализированной медицинской помощи, внедрение новых медицинских технологий, опять же с инновационной составляющей.

Движение от этапа к этапу коммерциализации, включая социальные инновации, обуславливает прирост ее стоимости. Как следствие возникает необходимость привлечения соответствующего объема инвестиционных ресурсов. Специалистами выделяется модель 1:10:100, предполагающая параллелизацию прироста стоимости инновации в ходе коммерциализации и привлечение денежных средств. Продемонстрируем применимость данной модели при коммерциализации социальных инноваций. Выделяется трехфазность модели: стадия инициативы социальной инновации и создание организационно-экономического обоснования; переход от названной стадии к ограниченной апробации социальной инновации; реальное внедрение социальной инновации. Ориентиром модели является условный объем денежных средств, необходимых на стадии оформления инициативы социальной инновации.

Далее в ходе ограниченного введения потребность в ресурсах увеличивается 10-кратно. Масштабное внедрение ведет за собой уже 100-кратное привлечение инвестиционных ресурсов. Согласимся с мнением специалистов, выделяющих данную модель в качестве характерной и транслирующейся для всех видов инноваций в ходе их коммерциализации. Допускаем ее действие и при коммерциализации социальной инновации.

Рассмотрим взаимосвязь коммерциализации технологий и социальных инноваций. Она прослеживается в ходе инновационного процесса. Движение от начальной стадии к завершению, по кругуобороту от финансирования к реализации научных разработок и формированию денежных потоков и в том, и в другом случае, как было отмечено, необходима оценка промежуточных результатов и прогнозов востребованности технологий и социальных инноваций потребителями и рынком. Однозначность результативности коммерциализации технологий и социальных инноваций определяется объемом денежных средств в реальном бизнесе и социальной сфере, который сформировался на основе полученных субъектом хозяйствования конкурентных преимуществ и полноценного удовлетворения потребностей членов общества.

Посредством форм также обуславливается взаимосвязь коммерциализации технологий и социальных инноваций (рис. 3).

Социальные инновации могут коммерциализоваться и в форме лицензионных соглашений на передачу прав использования документации, и инвестиционных

договоров, к примеру, на создание или модернизацию объектов социальной сферы (в частности, здравоохранения).

В инновационном процессе взаимосвязь коммерциализации технологий и социальных инноваций проявляется в увеличении временных параметров и объема израсходованных денежных средств. Одновременно существует возможность принятия рациональных и иррациональных организационных, экономических, технических и финансовых решений, предполагающих ускорение (удлинение) достижения результатов коммерциализации в виде увеличения доходов и прибыли.

Совокупность рисков, безусловно, присуща как технологическим, так и социальным инновациям. Инструментом снижения или преодоления рисков может служить проектный подход.

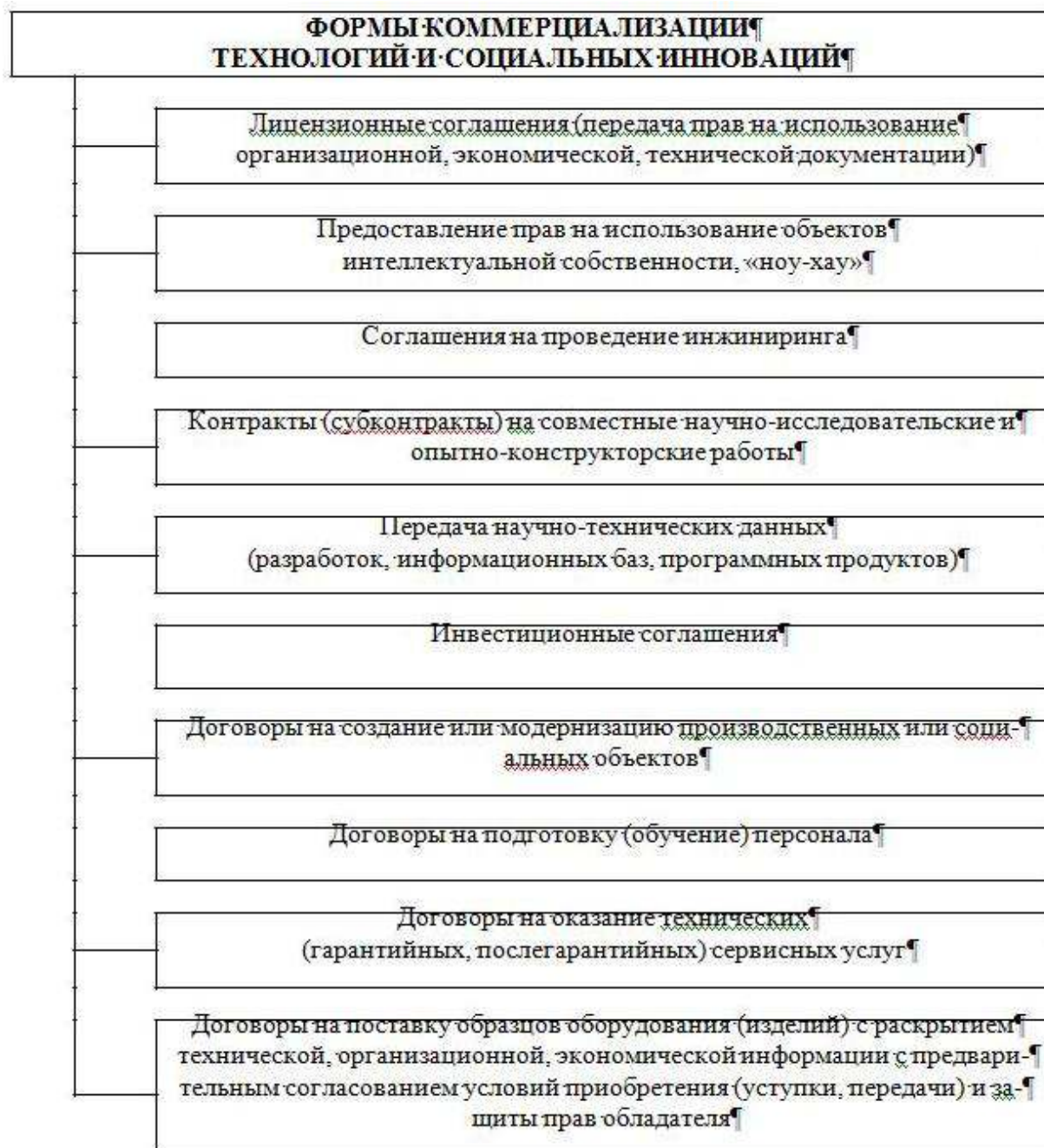


Рис. 3. Формы коммерциализации технологий и социальных инноваций

Определим набор инструментов снижения влияния рисков на коммерциализацию социальной инновации (рис. 4).

Каждый из выделенных инструментов имеет самостоятельное значение для совокупного процесса коммерциализации социальной инновации. Они взаимосвязаны между собой и их применение построено на строгой или относительной последовательности.

ИНСТРУМЕНТЫ СНИЖЕНИЯ ВЛИЯНИЯ РИСКОВ НА КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ИННОВАЦИИ

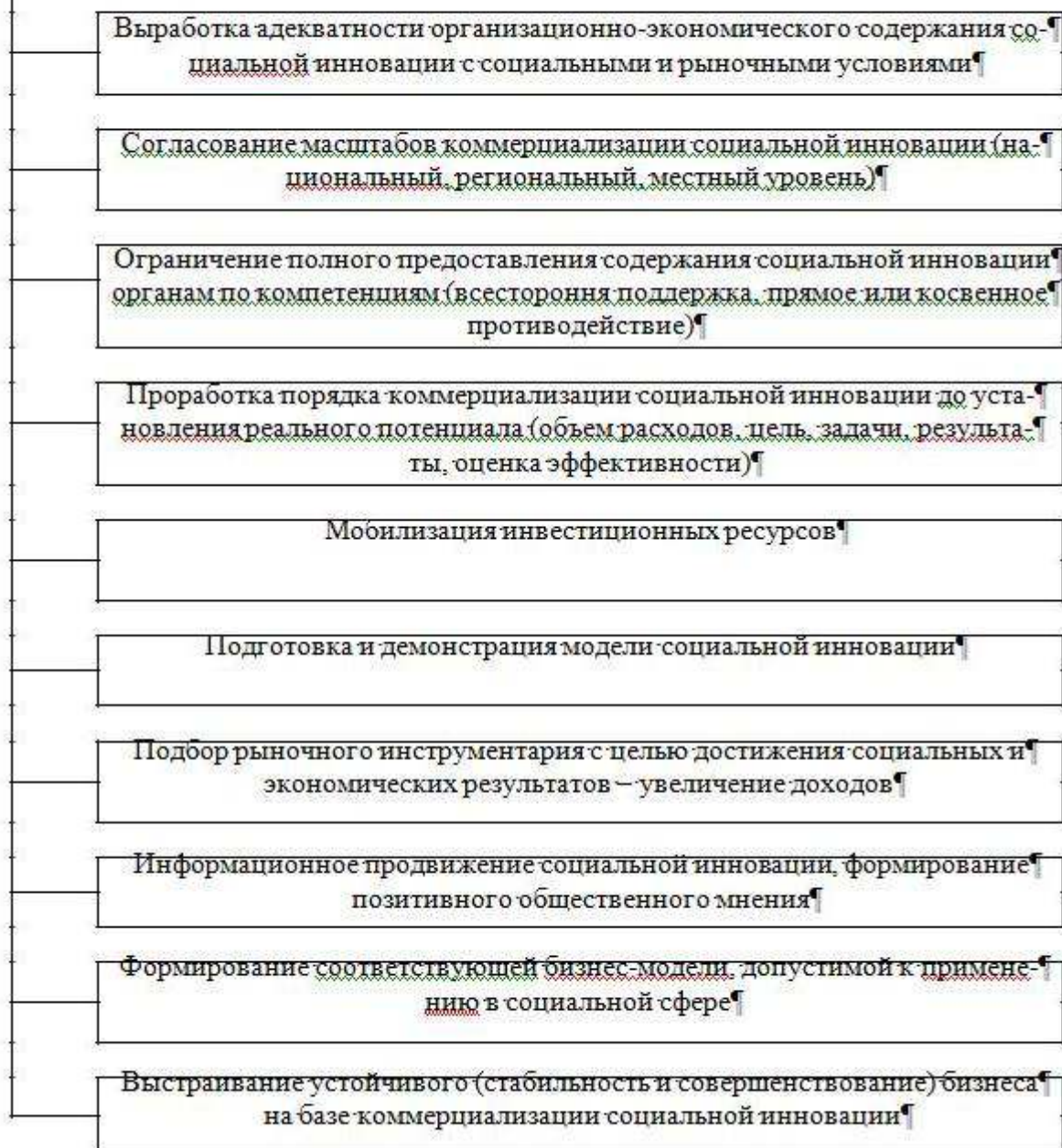


Рис. 4. Снижение влияния рисков на коммерциализацию социальных инноваций

Коммерциализация в совокупности преследует объединение разнополюсных целей субъектов. Руководитель процесса коммерциализации, применяя знания, компетенции, навыки и профессиональный опыт, нацелен на увеличение дохода и прибыли. Разработчики технологий и социальных инноваций при условии участия в коммерциализации, как правило, так же материально стимулируются. Однако дополняют ее целеустремлением привлечения новых инвестиций в научную деятельность. Потребители, стремясь удовлетворить индивидуальные и коллективные возрастающие потребности по объему и качеству, подпадают под прямое воздействие производителя и продавца, активно предлагающих товар или услугу, имеющую инновационную составляющую.

Коммерциализация расширяет потребности членов общества, представляя инновационные товары или услуги. Однако следует заметить, что формирование общественной потребности в конкретном товаре или услуге происходит в более длительный временной период. Так, потребность в медицинских услугах растет достаточно высокими темпами. Вместе с тем, потребность в специализированных медицинских услугах формируется только при наличии действующего социального объекта, обеспечивающего их высокое качество, т.е. само развитие субъекта инновации служит мотивацией потребителя к востребованности услуги.

Высокие темпы развития экономики и социальной сферы, подверженность кризисному влиянию и необходимость их восстановления предопределяют тщательность выстраивания процесса коммерциализации технологий и социальных инноваций. Так, касательно коммерциализации социальных инноваций необходимо, по возможности, сокращать срок между принятием и реализацией организационных, экономических, управленческих и финансовых решений и получением дохода и прибыли. Рациональность этой совокупности решений должна препятствовать уклонению конкретизированных социальных инноваций от воздействия отложенного (особенно на длительный период) общественного экономического эффекта.

Ускоренная динамика экономических и социальных отношений должна прямо пропорционально воздействовать на коммерциализацию социальных инноваций. В частности, не должны использоваться высоко затратные услуги, которые существенно сокращают спрос сами на себя. Предварительно должно осуществляться прогнозирование потенциального спроса на социальные инновации, их соответствия уровню удовлетворения потребностей человека, возникновения общественного интереса, к

примеру, оказание специализированных медицинских услуг.

Каждая социальная инновация в ходе коммерциализации должна быть четко позиционирована, обеспечена информационной поддержкой, адекватна потребностям и рыночным условиям.

Список литературы

1. Большой толковый словарь русского языка./Сост. и гл.ред. С.А.Кузнецов.- СПб.: «Норинт», 1998.-С.445
2. Большой экономический словарь/ Под ред. А.Н. Азрилияна.- 4-е изд. доп. и перераб.- М.: Институт новой экономики, 1999.-С.467.
3. Антонец В.А., Нечаева Н.В., Хомкин К.А., Шведова В.В. Инновационный бизнес: формирование моделей коммерциализации перспективных разработок/ Под ред К.А. Хомкина.-М.: Издательство «Дело» АНХ, 2009.-С.12-13, 36-37.

Леонтьев Игорь Леопольдович - доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой экономики и управления здравоохранением УрГЭУ

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Уважаемые читатели!

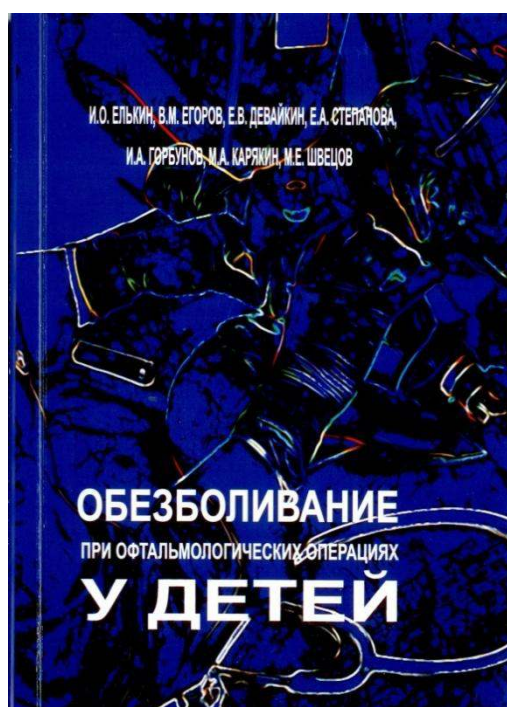
Представляем Вашему вниманию третью главу монографии «Обезболивание при офтальмологических операциях у детей».

Авторы: И.О. Елькин, В.М. Егоров, Е.В. Девайкин, Е.А. Степанова, И.А. Горбунов, М.А. Карякин, М.Е. Швецов

В монографии изложены основные принципы анестезии и интенсивной терапии при офтальмологических операциях у детей. Рассмотрена анатомия и физиология органа зрения с позиции анестезиолога-реаниматолога.

Представлены рациональные методы анестезии и респираторной поддержки для детей с офтальмологической патологией разного возраста, в том числе новорожденных с критической массой тела, с различными сопутствующими заболеваниями. На основании исследования состояния гемодинамики, газообмена и послеоперационного состояния психики дана сравнительная оценка различных видов анестезии. Специальный раздел монографии посвящен проблемам адекватности безопасности анестезиологического пособия. Книга предназначена для врачей анестезиологов-реаниматологов, офтальмологов.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.



Глава 3. Общие сведения о хирургии глаза

3.1 Некоторые варианты регионарной анестезии в офтальмологии

Операции на глазном яблоке и его придатках характеризуются рядом особенностей. Их выполняют на небольшом пространстве, применяя особую технику и специальные хирургические инструменты. Практически все операции на глазном яблоке в настоящее время производят под микроскопом, поэтому соответствующим образом изменились применяемые с этой целью инструменты, оборудование, иглы и шовный материал. При любом вмешательстве хирург должен стремиться к тому, чтобы операционная травма была минимальной и по возможности сохранились анатомо-физиологические соотношения. В глазной хирургии это особенно важно в связи с небольшими размерами органа и его легкой ранимостью.

Большинство оперативных вмешательств на глазном яблоке у детей производят в условиях общей анестезии. Более того, у больных грудного возраста, у беспокойных детей обследование также осуществляют под наркозом. И, тем не менее, местная анестезия является методом выбора при проведении офтальмохирургических операций у взрослых. Однако существует ряд ситуаций, когда необходимо использовать общую анестезию или, по крайней мере, некоторые из ее компонентов и, прежде всего - в детской практике [36.].

Механизм действия местных анестетиков заключается в блокировке нервного проведения путем изменения генерации потенциала действия. В глазной хирургии применяют инстилляционную, инфильтрационную и проводниковую (регионарную) местную анестезию.

Наиболее применяемым препаратом для инстилляционной (контактной) анестезии в детской практике является Оксибупрокаин (Иннокаин). Оксибупрокаин (беноксината гидрохлорид) является эфиром парааминобензойной кислоты. Препарат применяют для поверхностной анестезии при проведении диагностического обследования или кратковременных хирургических вмешательств на роговице и конъюнктиве.

Побочные эффекты: кратковременное ощущение покалывания, жжение и покраснение конъюнктивы. Редко наблюдалась выраженная аллергическая реакция с поражением роговицы и развитием кератита.

Способ применения и дозы: для проведения диагностического обследования 1 каплю препарата закапывают в конъюнктивальный мешок 1—2 раза с интервалом 30-60 сек. Поверхностная анестезия конъюнктивы и роговицы наступает через 30 сек и

сохраняется 15 мин. Длительную анестезию, необходимую при оперативном вмешательстве (до 1 ч), обеспечивает трехкратное закапывание местного с интервалом в 4—5 мин.

Наиболее распространенной в практике формой Оксибупрокаина является. **Инокаин (Tnocain)** (фирма Promed Exports Pvt Ltd, Индия) - 0,4% глазные капли во флаконах по 5 мл.

Инфильтрационная анестезия. Различают прямую и непрямую инфильтрационную анестезию. В первом случае анестезирующим раствором пропитывают все ткани в той области, где будет проведена операция, во втором его вводят в один участок операционного поля, и оттуда раствор постепенно путем диффузии вследствие разницы осмотического давления переходит на остальные участки. При непрямом способе анестезия наступает медленнее, а обезболивающий эффект ее менее выраженный. Инфильтрационную анестезию кожи век и окружающих частей глаза необходимо проводить по правилам, применяемым в общей хирургии: снаружи внутрь послойно. Сначала тонкой иглой в кожу вводят небольшое количество анестезирующего раствора (при этом образуется поверхностный инфильтрат), затем из этой точки последовательно анестезируют глубже лежащие слои. Тщательно и последовательно проведенная инфильтрация тканей анестезирующим раствором обеспечивает полную анестезию той области, где будет проведена операция. Анестезию конъюнктивы осуществляют путем прокола ее тонкой иглой, через которую вводят нужное количество анестезирующего раствора. При этом конъюнктива выбухает в виде подушки и происходит постепенное пропитывание глубже лежащих слоев.

В офтальмологии основным анестезирующим веществом для инфильтрационной анестезии является лидокаин. Поскольку при глазных операциях для анестезии требуется небольшое количество раствора, не оказывающее токсического действия, как правило, применяют 1-2 % раствор.

Лидокаин (Lidocaine) Лидокаин оказывает более сильное и продолжительное действие, чем новокаин, относительно малотоксичен и не раздражает ткани. Местноанестезирующее действие при поверхностной анестезии наступает через 5—10 мин после инстилляций и сохраняется в течение 1-2 ч. При проводниковой анестезии эффект наступает через 5—10 мин и сохраняется в течение 2-4 ч.

Показания к применению: препарат применяют для поверхностной, инфильтрационной и проводниковой анестезии.

Способ применения и дозы: при проведении диагностических процедур, небольших амбулаторных хирургических вмешательств для поверхностной анестезии применяют 2 и 4% раствор, который закапывают по 1 капле 1—3 раза с интервалом в 30—60 сек перед проведением обследования или вмешательства. При амбулаторных хирургических вмешательствах можно по необходимости закапать дополнительно. Исследование или оперативное вмешательство следует начинать спустя 5—10 мин после закапывания препарата.

Наиболее распространенная форма - **Лидокаина гидрохлорид раствор** (Россия) — 2% и 4% глазные капли во флаконах по 5 мл и пластмассовых тубик-капельницах по 1,5 мл; 1—2% раствор для инъекций в ампулах по 2 мл.

Для того чтобы правильно провести регионарную анестезию, необходимо знать зоны чувствительной иннервации (рис. 5).

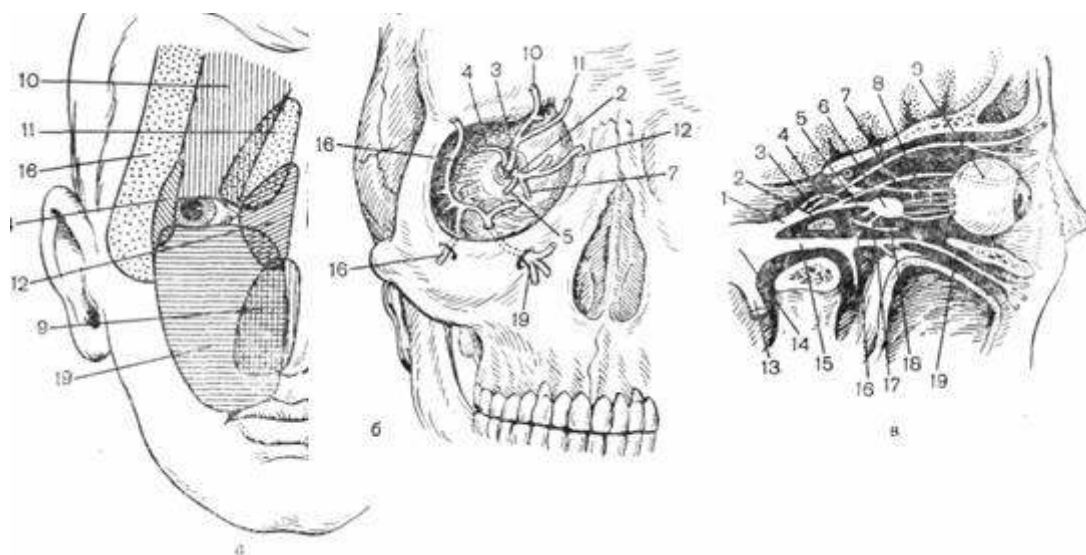


Рис. 5 Чувствительная иннервация окологлазной области: а — зоны кожной чувствительной иннервации; б — чувствительные нервы глаза; в — чувствительные нервы глаза и его придатков: 1 — глазничная часть V черепного нерва 2—носоресничный; 3 — лобный 4 слезный, 5 — чувствительная ветвь ресничного узла, 6 — ресничный узел 7 — длинный ресничный нерв 8 — короткий ресничный, 9 — носовой 10 - надглазничный, 11 — надблоковый. 12—подблоковый, 13—нижнечелюстной, 14—тройничный узел 15 — верхнечелюстной нерв, 16—скуловой нерв, — височная и лицевая ветви. 17— двигательная ветвь ресничного узла, 18 — нерв нижней косой мышцы 19 — подглазничный нерв.

Акинезия (обездвиживание) круговой мышцы века нужна для предотвращения сокращений века во время хирургического вмешательства [56].

Техника проведения акинезии.

Метод о'Brien: заключается в проводниковой блокаде лицевого нерва на уровне мышечного отростка нижней челюсти. Для того чтобы точно определить точку инъекции, хирург просит пациента открыть и закрыть рот и в это время указательным пальцем старается обнаружить мышечок нижней челюсти. Как правило, он расположен на расстоянии приблизительно 1 см от козелка ушной раковины. В эту зону вводят тонкой иглой (27 калибра) на глубину около 1 см 2-3 мл жидкости, в направлении кондилоидного отростка, при этом нужно проявить большую осторожность, чтобы не попасть в сустав (рис 6). У детей грудного и раннего возраста акинезия применяется редко.



Рис 6. Акинезия по O'Brien.

Действия этой инъекции достаточно для обезболивания всех тканей лица. В случае, если через несколько минут после первой инъекции акинезия зоны круговой мышцы века окажется недостаточной, то нужно перейти к методу Van Lindt (рис 7).

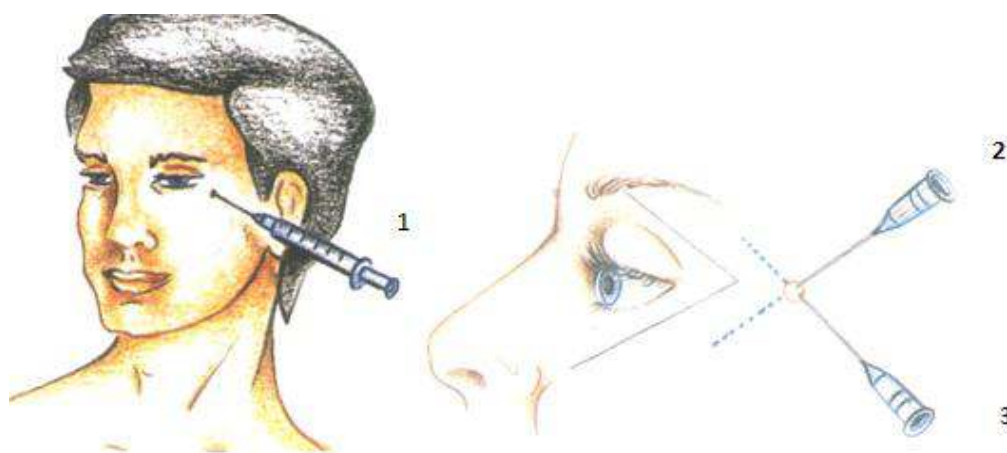


Рис. 7 Акинезия по Van Lindt: первая, вторая и третья инъекции.

Метод Van Lindt: заключается в блокаде дистальных волокон лицевого нерва на уровне бокового края глазницы; выполнение анестезии начинают в 1 см от наружного бокового края глазницы при помощи инсулиновой иглы (25 калибра) на пластмассовом шприце 10 мл, вводят 3 - 4 мл смеси анестетиков. После этого иглу частично вынимают и заново вводят по направлению к нижнему краю глазницы, куда вводят еще 2 мл смеси чуть ниже центральной части нижнего века. Иглу еще раз вынимают и направляют выше, куда вводят еще 2-3 мл смеси анестетиков на уровне верхнего края глазницы в его медиальной трети. Как правило, такой метод обеспечивает быстрый и полный парез круговой мышцы века.

Акинезия глазодвигательных мышц достигается путем ретробульбарной или парабульбарной инъекции; такая инъекция выполняется также с целью общего обезболивания глазного яблока [45].

Техника проведения парабульбарной анестезии.

Парабульбарная инъекция выполняется иглой длиной 3,5—4 см. Пациента просят посмотреть вверх и кнутри. Иглу вводят в точку, соответствующую границе латеральной и средней трети края века. Кончик иглы должен быть не острый. Срез иглы направлен в сторону глазного яблока. Иглу ориентируют в направлении зрительного нерва. При появлении сопротивления ходу иглы ее немедленно оттягивают. Введение раствора

анестетика начинают сразу после введения иглы и продолжают по мере продвижения иглы на глубину около 1,5—2 см. Всего вводится около 3—4 мл анестетика (рис 8).

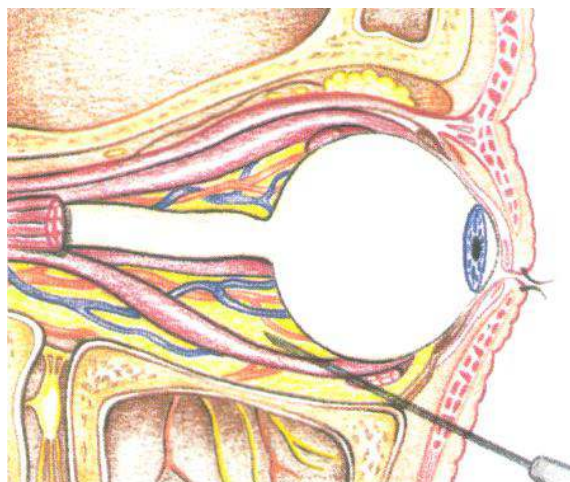


Рис. 8 Парабульбарная инъекция: игла входит в мышечный конус

Далее делают дополнительную инъекцию: подняв верхнее веко большим пальцем, просят больного посмотреть вниз, затем вводят 1-2 мл анестетика в верхний отрезок на глубину около 1,5 см. Сразу после инъекции на закрытые веки пациента несильно надавливают, используя четыре пальца, в течение 30—40 сек.

Чтобы проверить степень анестезии следует попросить больного посмотреть двумя глазами в разные стороны. При сохранении подвижности вводят дополнительное количество анестетика.

Здесь хотелось бы отметить, что вышеперечисленные техники достаточно безопасны – например, они редко вызывают клинически значимые гематомы. Основная опасность при этих техниках – непереносимость анестетика. Другое дело, что достаточного для операции уровня анальгезии данными техниками достигнуть удастся далеко не всегда [30].

Техника проведения ретробульбарной анестезии.

Ретробульбарная инъекция выполняется иглой длиной 3,5—4 см с закругленным концом, чтобы не повредить ретробульбарные сосуды и не перфорировать стенку глазного яблока. Пациента просят посмотреть вверх и кнутри. Иглу вводят в кожу нижнего века на расстоянии 1,5 см от наружной спайки век. Срез иглы направлен в сторону глазного яблока. Иглу ориентируют вначале параллельно стенке орбиты, а затем косо кверху за глазное яблоко. При появлении сопротивления ходу иглы ее немедленно оттягивают. Введение раствора анестетика начинают сразу после введения иглы и продолжают по мере продвижения иглы на глубину около 3,5 см. Всего вводится около 5—6 мл анестетика (рис 9).

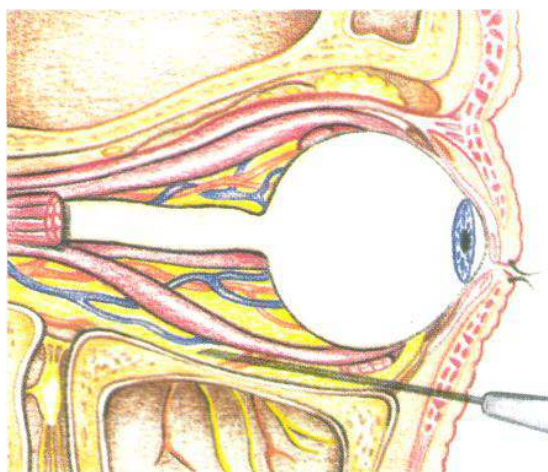


Рис 9. Ретробульбарная инъекция; инъекция выполняется вне мышечного конуса, а анестезия и акинезия достигается путем диффузии большого объема раствора.

Сразу после инъекции на закрытые веки пациента несильно надавливают, используя четыре пальца, в течение 30-40 сек.

Чтобы проверить степень анестезии, следует попросить больного посмотреть двумя глазами в разные стороны. При сохранении подвижности вводят дополнительное количество анестетика — вторую инъекцию делают на расстоянии 1 см от внутренней спайки век. Блокада при правильном исполнении позволяет обеспечить полную анальгезию и акинезию глазного яблока

Осложнения ретробульбарной блокады включают ретробульбарное кровоизлияние, перфорацию глазного яблока, атрофию зрительного нерва, судороги, окулокардиальный рефлекс, апноэ. При форсированном введении местного анестетика в глазную артерию направление тока крови в ней меняется на противоположное, препарат очень быстро поступает в мозг, что может мгновенно вызвать судороги. Синдром апноэ после ретробульбарной блокады вероятнее всего обусловлен инъекцией местного анестетика внутрь оболочки зрительного с последующим распространением в ЦСЖ. Воздействие высокой концентрации местного анестетика на ЦНС проявляется страхом и утратой сознания. Апноэ развивается в течение 20 мин и разрешается через час. На протяжении этого периода проводят поддерживающее лечение, в первую очередь ИВЛ. Это тяжелое осложнение диктует необходимость самого тщательного мониторинга дыхания при ретробульбарной блокаде [30].

Противопоказания к ретробульбарной блокаде: нарушения свертываемости (высок риск ретробульбарной гематомы), выраженная миопия (глазное яблоко очень вытянуто, что чревато перфорацией), нарушение целостности наружных оболочек глазного яблока (давление, создаваемое раствором анестетика, может привести к вытеснению содержимого глазного яблока через дефект оболочки вовне).

3.2 Наиболее часто используемые оперативные вмешательства на глазном яблоке у детей

Экстракапсулярная экстракция катаракты заключается в удалении помутневшего хрусталика без задней капсулы, которая остается на месте. Несмотря на то, что многие ее детали были значительно усовершенствованы, современная методика не является абсолютно новой. Уже в 1931 году E.Fuchs в своем "Трактате по офтальмологии" приводил описание этого метода.

Современная методика в общих чертах повторяет описанную Fuchs, но уже с многочисленными нововведениями и модификациями, значительно улучшающими результаты. Существующий метод с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) заключается в следующем.

Накладывается шов – держалка на верхнюю прямую мышцу. Выполняется тоннельный самогерметизирующий разрез роговицы в верхнее-наружном квадранте. В п. камеру введен мезатон, визитил. Проводится вскрытие капсулы хрусталика, аспирируются хрусталиковые массы. Через дополнительный разрез роговицы (от 2,5 до 3,2 мм), в капсулярный мешок имплантируется ИОЛ. При необходимости – с дополнительной фиксацией. Детям обычно проводится передняя витрэктомия. Герметизация раны, у детей обязательно путем наложения швов (рис 10).

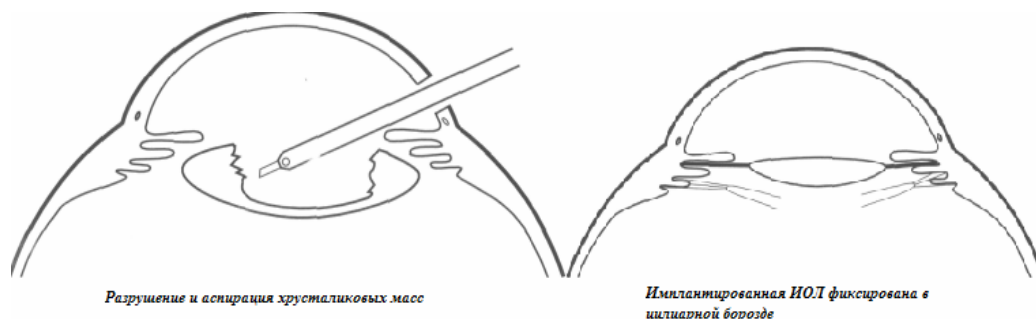


Рис. 10 Некоторые этапы удаления катаракты.

Главные опасности в этой операции - образование кровоизлияний или экспульсивной геморрагии, особенно в случае повышенной ломкости кровеносных сосудов или артериальной гипертензии [30].

Дети с катарактой в обязательном порядке оперируются в условиях общей анестезии, что обеспечивает следующие преимущества:

- пациент находится в неподвижном состоянии и без сознания на протяжении всей операции;
- не вносятся изменений в соотношение структур глаза; не ограничивается продолжительность операции;
- возможен оптимальный контроль внутриглазного давления, как при помощи медикаментов, так и при помощи вентиляции или более или менее глубокого наркоза.

Основной момент, на которого анестезиологу следует избегать - возможный кашель во время или сразу после экстубации или удаления ларингеальной маски с вытекающим отсюда повышением внутриглазного давления.

Операции на стекловидном теле

В настоящее время происходит бурное развитие хирургии стекловидного тела. Сейчас чаще всего используют технику «закрытых» операций, при которых необходимые инструменты, волоконные осветители, наконечники ирригационно-аспирационных и режущих систем вводят в глаз всего лишь сквозь один—два прокола оболочек. Взаимоотношение тканей в ходе таких вмешательств оценивают под микроскопом через специальные контактные линзы, нередко в оптическом срезе коаксиального щелевого осветителя [8].

Наиболее драматической проблемой современной детской витреоретинальной хирургии является ретролентальная фиброплазия, или ретинопатия недоношенных, характеризуется выраженной клеточной пролиферацией на поверхности стекловидного тела (СТ) и сетчатки. Развивающиеся вследствие фиброза тракции вызывают появление складок сетчатки. Дальнейшее постепенное прогрессирование процесса приводит к тотальной отслойке сетчатки (ОС). В тяжелых случаях отслойка сетчатки принимает типичную воронкообразную конфигурацию (рис. 11), ПГМ и ЗГМ- передняя и задняя гиалоидные мембраны.

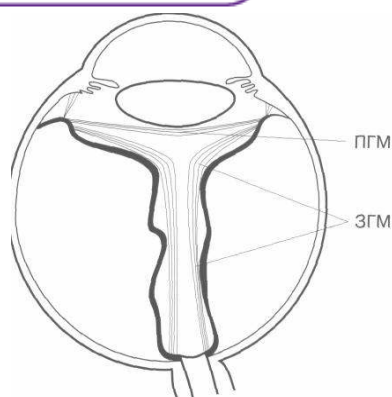


Рис 11. Ретинопатия недоношенных, 5 ст.

Преэкуatorialная часть сетчатки из-за адгезии в этой зоне ЗГМ при развитии фиброза стягивается к центру. Одновременно идет и передняя пролиферация, в результате которой формируется круговая складка сетчатки, и она подтягивается к цилиарному телу. Стягивание сетчатки вперед идет еще и под влиянием фиброза ЗГМ, которая, сокращаясь, смещается вместе с сетчаткой вперед и сливается с ПГМ в единую пластину. Эта пластина спаяна с одной стороны с задней капсулой хрусталика, а с другой — с сетчаткой.

Передняя пролиферация может распространиться и на радужку. Образование синехий и полное зарастание зрачка приводит к блоку зрачка, измельчению передней камеры и вторичной глаукоме. Контакт радужки с роговицей и подъем ВГД могут привести к отеку роговицы [62]. Проллиферация нередко развивается и в ретроретинальном пространстве.

Решение о необходимости и возможности оперативного вмешательства должно приниматься с учетом многих факторов. Операция, проведенная в ранние сроки, позволяет получить более высокий функциональный результат. Однако анестезия у детей до 6 месяцев и с весом до 4,5 кг связана с риском тяжелых осложнений, о которых разговор пойдет ниже. Окончательное решение об операции нужно принимать коллегиально, с учетом мнения неонатолога и опытного детского анестезиолога.

На рис 12. приведены некоторые этапы лентивитршвартэктомии, выполняемой по поводу поздних стадий РН.

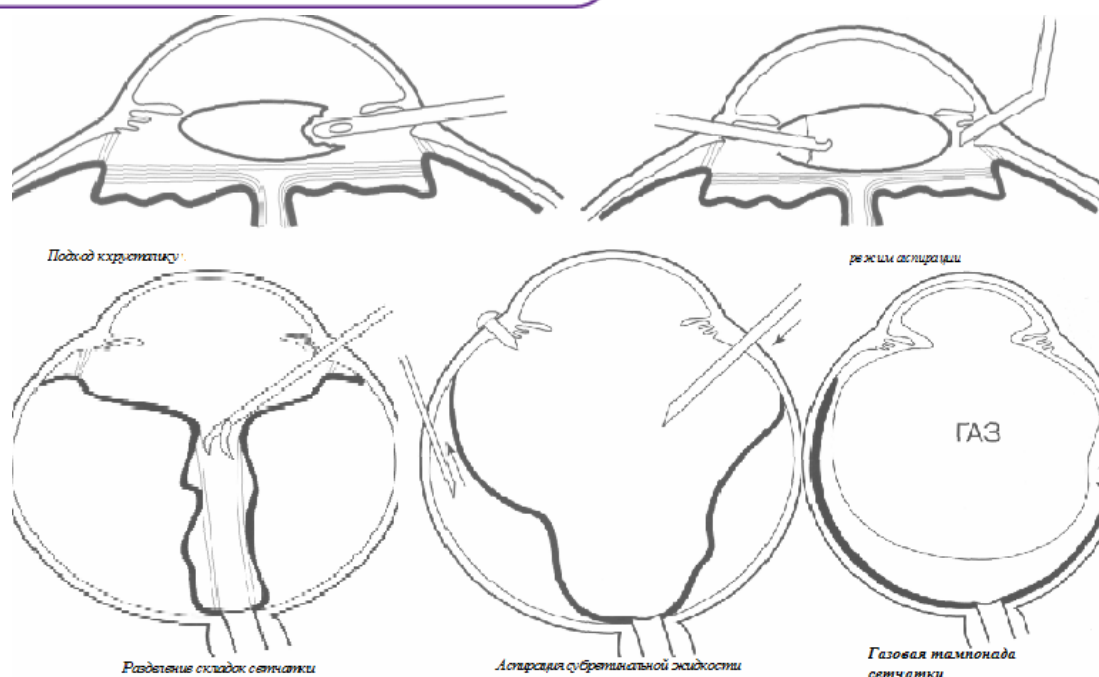


Рис 12. Некоторые эпизоды лентвitreшвартэктомии.

Иллюстрация, на наш взгляд, позволяет обозначить проблемы данной операции. Главной проблемой представляется стабильность офтальмотонуса. Во первых, разгерметизация полостей глаза требует того нормального (не низкого и не высокого) ВГД. Повышение показателя может привести, прежде всего, к дислокации структур глаза. Низкое ВГД ведет к повышенной податливости, атоничности оболочек и возможным топографическим несоответствиям при проведении доступа. Еще одна опасность – она может быть следствием дисбаланса ВГД и следствием общих гемостазиологических нарушений – это кровотечение, вплоть до экспульсивного [8].

Антиглаукоматозные операции

Глаукома — патология, нередко встречающаяся в детском возрасте. Детская глаукома объединяет большую группу различных заболеваний. Большинство форм детской глаукомы являются результатом пороков развития переднего отрезка глаза и структур угла передней камеры. Независимо от патофизиологического механизма многие формы заболевания обладают сходной клинической симптоматикой, как правило, существенно отличающейся от глаукомы у взрослых.

Кроме того, врожденная глаукома нередко является проявлением системного заболевания. Так, врожденная глаукома входит в состав таких синдромов, как синдром Рубинштейна—Тейби, синдром Стерджа-Вебера, аномалия Петерса [57].

Глаукома может возникнуть при тяжелой ретинопатии недоношенных, характеризующейся тотальным повреждением сетчатки. Механизм расстройства —

многофакторный, включает неоваскуляризацию, закрытие угла передней камеры и зрачковый блок.

Наиболее распространенная операция при врожденной глаукоме в детском возрасте – синустрабекулэктомия. Операция заключается во вскрытии просвета венозного синуса склеры — наиболее ответственный момент операции. Если из него начинает поступать жидкость передней камеры (канал «плачет»), операция может быть продолжена и закончена как синусотомия (рис 13).

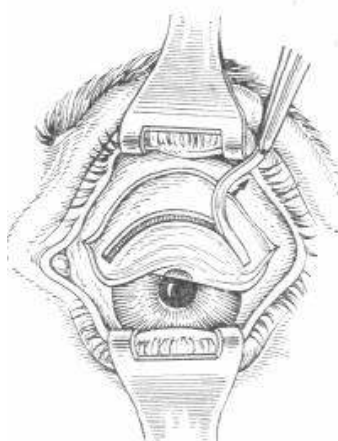


Рис. 13. Синусотомия

«Сухой» синус свидетельствует о нарушении трабекулярной проходимости и, следовательно, о необходимости дополнительного вмешательства на трабекулярной зоне. В этом случае синусотомия переходит в синустрабекулэктомию с выкраиванием двойного треугольного склерального фистулизирующего лоскута, внутренняя часть которого иссекается, а верхняя укладывается на место, создавая наружную стенку фистулы. С внутренним лоскутом иссекается часть трабекул (рис 14).

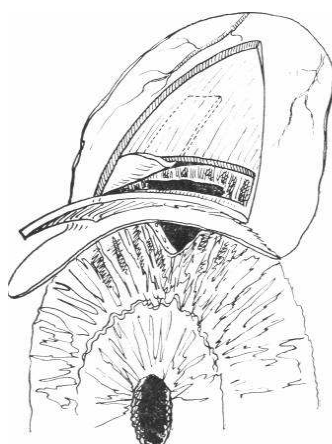


Рис. 14 Трабекулэктомия

Офтальмологи считают данную операцию малотравматичной. Но, тем не менее, она имеет ряд неприятных для анестезиолога моментов. Прежде всего – прошивание мышцы и достаточно грубая тракция для приведения глаза в удобное для хирурга положение чревата развитием окулокардиального рефлекса. И у этой категории больных нередко развитие ПОТР в послеоперационном периоде [18].

Склероукрепляющие операции

Склеропластика - операция, направленная на укрепление заднего отрезка глаза (склеры) при прогрессировании близорукости. Показана лицам, у которых выявлено ежегодное увеличение степени миопии на 0.5-1.0 диоптрий, увеличение ПЗО, увеличение дистрофических миопических изменений на глазном дне.

Существуют различные склероукрепляющие операции, которые применяются при высоких степенях миопии.

По методу выполнения различают:

Упрощенные склероукрепляющие операции - вмешательство, которое выполняется путем инъекции в тенозное пространство (за глазное яблоко) жидких или различных ауто- и аллотканей, а также некоторых полимерных материалов (пенгель).

Простые склероукрепляющие операции связаны с имплантацией небольших лоскутов той или иной ткани без пересечения глазодвигательных мышц.

К сложным склероукрепляющим относятся операции бандажного типа, т. е. с проведением имплантатов за глазное яблоко, а также с временным пересечением глазодвигательных мышц. Имплантаты изготавливаются как из трупной ткани (аллопланты - склера или твердая мозговая оболочка), так и из полимеров.

Аллопланты вызывают асептическое воспаление вблизи склеры с формированием дополнительных кровеносных сосудов, вследствие чего образуется дополнительная рубцовая соединительная ткань вокруг склеры, увеличивая ее прочность.

Наиболее распространена операция ретросклеропломбирования. При этом производятся разрезы конъюнктивы и тенозной оболочки в двух наружных (или в четырех – наружных и внутренних квадрантах) в 5 мм от лимба. В тенозном пространстве формируются тоннели, куда вводятся пропитанные препаратами (обычно раствором ретиноламина) гемостатические губки. На конъюнктиву накладываются швы.

Операция действительно малотравматична. Но важен следующий аспект: ретросклеропломбирование в основном выполняется у детей школьного возраста, и особое значение для этого возрастного контингента имеет сохранность психики,

познавательных возможностей в послеоперационном периоде [15]. Этот аспект важен и при других вмешательствах, проводимых школьникам под общей анестезией !

Энуклеация

При ранении глаза в отдельных случаях производят энуклеацию. Удаление глаза осуществляют также в связи с опухолевым процессом в нем и по другим показаниям. Эта операция влечет за собой протезирование. К первичной энуклеации следует относиться, как правило, отрицательно. При любой самой тяжелой травме глаза с выпадением оболочек необходимо, прежде всего, произвести обработку раны. Это имеет большое психологическое значение: больной знает, что врач сделал все необходимое для сохранения глаза. Кроме того, клинический опыт показывает, что с помощью обработки, казалось бы, безнадежных глаз и последующего лечения в ряде случаев удается сохранить глаз и даже частично восстановить зрение. Показаниями к энуклеации глаза после проникающего ранения являются разрушение глазного яблока, невозможность сопоставить оболочки. Наличие светоощущения с правильной проекцией света служит противопоказанием к удалению глаза. Энуклеации подлежат глаза с иноперабельной опухолью, тяжелым инфекционным и послеоперационным иридоциклитом, с абсолютной болящей глаукомой. В ряде случаев ставится вопрос об удалении атрофированного или субатрофированного глаза перед последующим протезированием [1].

Для надлежащего протезирования необходимо, чтобы после удаления глазного яблока культи были соответствующих размеров, контуры века были нормальные, глазная полость имела хорошо выраженные своды, без воспалительных процессов, без спаек, сращений век. Улучшить косметические результаты протезирования стремятся с помощью различных вариантов пластики конъюнктивальной полости после энуклеации. Основные этапы энуклеации представлены на рис 15.

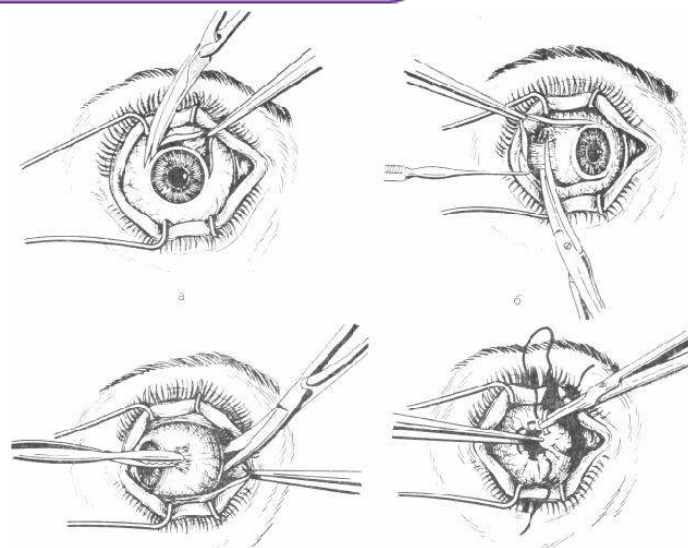


Рис15. Основные этапы энуклеации.

Как и при операциях на мышцах глаза при энуклеации анестезиолог сталкивается с проблемой довольно сильного воздействия на рефлексогенные зоны – жесткие тракции глазного яблока, пересечение мышц. Особенно травматичен момент пересечения зрительного нерва. Последствием такого воздействия при отсутствии адекватной анальгезии и нейровегетативной блокады является развитие окулокардиального рефлекса, ПОТР в послеоперационном периоде.

Лазерные операции

Чаще всего применяются лазерные методы лечения отслойки сетчатки (в том числе и при ретинопатии недоношенных)

Целью лазерного лечения является создание спайки между сетчаткой и подлежащей сосудистой оболочкой. Для этого используются лазеры-коагуляторы, которые вызывают образование локальных микрожогов сетчатки (лазеркоагулятов).

Лазерное лечение применяется:

1. с целью профилактики отслойки сетчатки (профилактическая лазеркоагуляция). Лазерную коагуляцию используют, например для отграничения опасных дистрофий сетчатки (в первую очередь «решетчатой» и «след улитки») или экссудативных зон при РН. Для их выявления необходим тщательный осмотр периферии глазного дна в условиях максимального мидриаза (при максимально расширенном зрачке) [59]. лазеркоагуляция таких участков позволит в несколько раз снизить риск развития отслойки сетчатки и избежать потери зрительных функций при РН.

2. с целью ограничения уже существующей отслойки сетчатки (лечебная лазеркоагуляция).

3. с целью дополнительной коагуляции зоны разрыва после хирургической операции по поводу отслойки сетчатки.

Процедура лазеркоагуляции сетчатки детям проводят под общей анестезией (после обязательного закапывания раствора местного анестетика). На глаз или устанавливается специальная контактная линза (трехзеркальная линза Гольдмана), позволяющая сфокусировать лазерное излучение на любой участок глазного дна (рис. 16), либо используется ручная линза и для обработки различных участков сетчатки проводятся смещения глазного яблока с помощью склерокомпрессора.

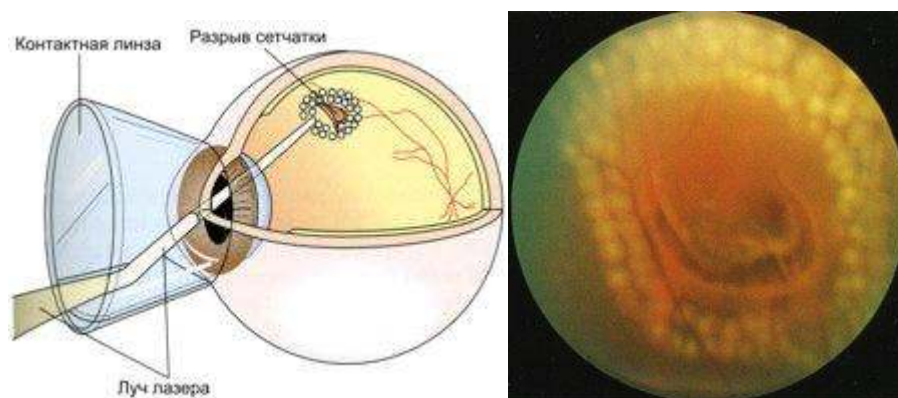


Рис. 16 Проведение лазеркоагуляции сетчатки, клапанный разрыв сетчатки ограничен 2-3 рядами лазеркоагулятов.

Лазеркоагуляция сетчатки - достаточно травматичное вмешательство. При ретинопатии недоношенных агрессивность процедуры дополняется соматическими проблемами этих детей – физиологической незрелостью, бронхолегочной дисплазией, имеющейся у них неврологической патологией.

3.3 Основные оперативные вмешательства, производимые на придатках глаза у детей

Операции на глазных мышцах

Операции на глазных мышцах производят при содружественном и паралитическом косоглазии, атипичных формах косоглазия и нистагме. Цель таких операций заключается в том, чтобы путем изменения мышечного баланса, т. е. относительной силы натяжения глазных мышц, добиться симметричного или близкого к нему положения глаз, улучшить подвижность глаз или уменьшить их нистагмоидные движения [28].

В настоящее время общепринятой является методика комплексного лечения содружественного косоглазия, которое складывается из оптической коррекции аметропии, мероприятий по борьбе с амблиопией (плеоптики), операций на глазных мышцах и выполнения ортоптических упражнений в пред- и послеоперационном периодах. Необходимость в проведении хирургического лечения косоглазия возникает в тех случаях, когда постоянное и достаточно длительное (не менее года) ношение правильно назначенных очков и ортоптические упражнения не приводят к устранению девиации.

Для устранения косоглазия применяют операции двух типов — усиливающие и ослабляющие действие мышц. К операциям первого типа относят: 1) резекцию—укорочение мышцы посредством иссечения ее участка у места прикрепления к склере и подшивания к этому месту; 2) тенорафию—укорочение путем образования складки из ее сухожилия; 3) прорафию — усиление степени натяжения мышцы в результате перемещения ее сухожилия кпереди (при вмешательствах на прямых мышцах) или кзади (при вмешательствах на косых мышцах) с образованием складки или без нее.

Ослабляют действие мышцы следующие операции: 1) свободная (или полная) тенотомия — пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере; 2) тенотомия с ограничительным (предохранительным) швом — фиксация тенотомированной мышцы на некотором расстоянии от места анатомического прикрепления с помощью шва, проходящего через это место и край пересеченного сухожилия; 3) частичная тенотомия—нанесение на сухожилие мышцы с противоположных краев двух—трех неполных разрезов, несколько отстоящих друг от друга; 4) рецессия — перемещение мышцы, пересеченной у места прикрепления, кзади (при вмешательствах на прямых мышцах) или кпереди (при вмешательствах на косых мышцах) с подшиванием ее к склере; 5) пролонгация — удлинение мышцы путем полной перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков.

Для усиления действия мышц обычно производят резекцию. Тенорафию и прорафию выполняют редко, в основном при вмешательствах на косых мышцах.

Из операций, ослабляющих действие мышц, наибольшее распространение получила рецессия. Значительно реже применяют пролонгацию, тенотомию с предохранительным швом и особенно редко частичную тенотомию. Свободную тенотомию выполняют только при некоторых атипичных формах косоглазия и при операции на косых мышцах. Некоторые этапы операций на глазных мышцах отражены на рис 17.

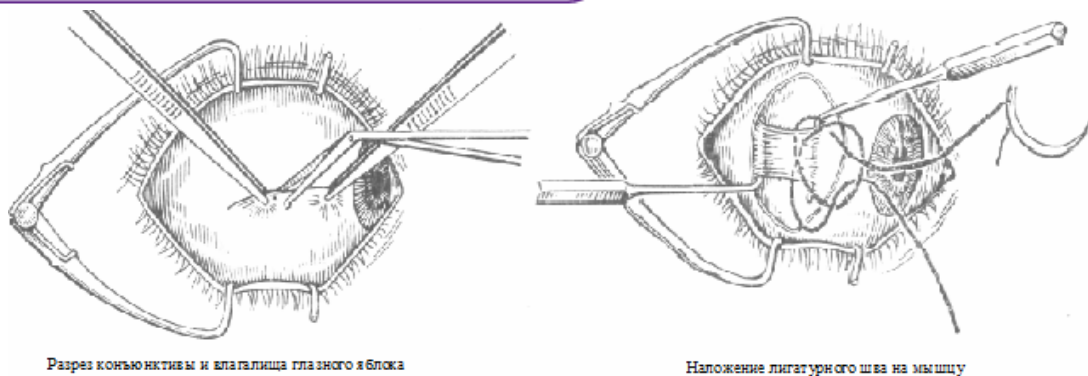


Рис 17. Некоторые этапы операций на мышцах глаза.

Как свидетельствует рис17., во время операции анестезиолог сталкивается с проблемой довольно сильного воздействия на рефлексогенные зоны – довольно жесткие тракции глазного яблока, мышц. Последствием такого воздействия при отсутствии достаточной защиты является развитие окуло-висцеральных рефлексов, в том числе ПОТР в послеоперационном периоде.

Операции на веках

Дефекты и деформации век чрезвычайно многообразны как по этиологии, так и по клиническим проявлениям. Наиболее распространены в детской офтальмологической практике операции по поводу блефароптоза. На рис 18 поэтапно представлена резекция леватора верхнего века [30].

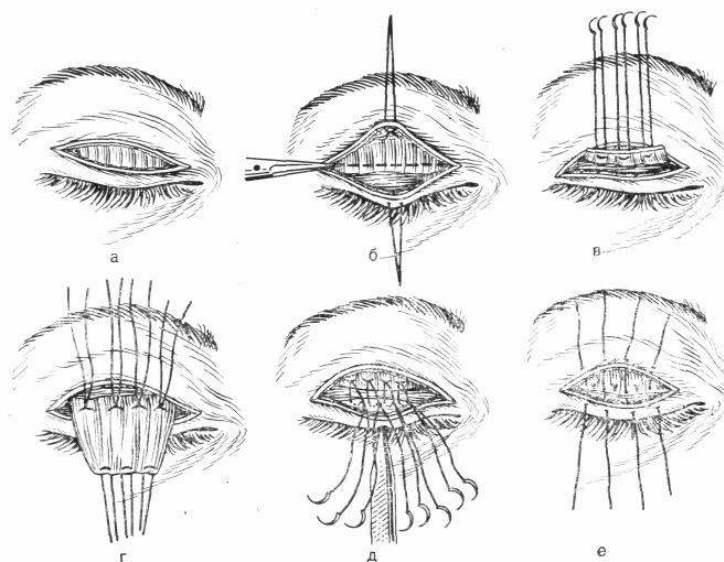


Рис. 18 Резекция мышцы, поднимающей верхнее веко, через кожу: а

— разрез кожи и круговой мышцы; б — швы — держалки; в — П-образные швы, наложенные на апоневроз мышцы, поднимающей верхнее веко; г — П-образные швы, наложенные на мышцу, поднимающую верхнее веко на расстоянии 2 мм от линии

предполагаемой резекции или выше; д — проведение концов П-образных швов через хрящ; е — наложение кожных швов.

Основная анестезиологическая проблема в этой операции – использование для гидросепаровки адреналинсодержащего раствора анестетика. Операция исключает использование в анестезиологическом пособии фторотана.

Операции на слезных органах

Зондирование слезных путей при дакриоцистите новорожденных.

Локализуют слезную точку, обычно верхнюю, и, при необходимости, расширяют ее коническими расширителями двух размеров. Для собственно зондирования используется цилиндрический зонд Боумена, как правило № 2, более тонкий зонд применять опасно, он не растягивает, а разрывает препятствия. Более толстый зонд, соответственно, сильно растягивает стенки канала, его применение чревато травмой костных составляющих канала. Зонд осторожно проводят по верхнему слезному каналу, до ощущения упирания в кость. Далее инструмент переводится в вертикальное положение, не смещая его с кости, и продвигается вниз, при этом пластина с номером зонда должна оказаться не доходя 1 см до супраорбитальной борозды. При этом часто появляется ощущение разрыва препятствия.. Движение зонда нельзя форсировать в связи с риском формирования фистулы или ложного хода.

Хатем зонд убирается. Шприц наполняют физиологическим раствором и, надев на него канюлю, вводят ее до упора в кость. Промывают слезные пути. Если зондирование было успешным, жидкость свободно проходит в носовую полость [30].

Процедура в основном выполняется под аппаратно-масочным наркозом, и на момент промывания слезных путей у пациента должны быть полностью восстановлены защитные рефлексы с верхних дыхательных путей – кашель, глотание, чихание.

Дакриоцисториностомия – оперативная реконструкция слезных путей, обычно выполняется с использованием двух доступов – наружного и внутриносового (рис 19).

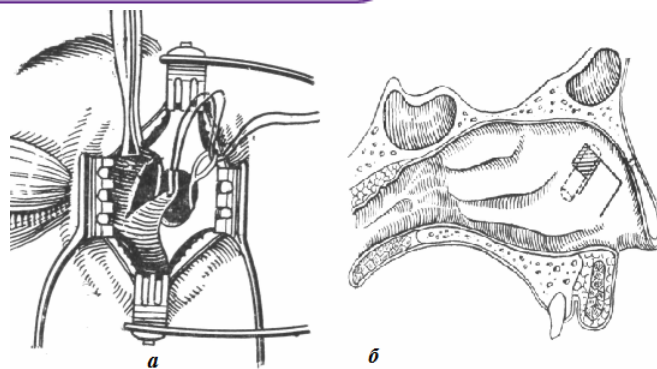


Рис.19 Дакриоцисториностомия: а- выведение лигатуры, наложенной на верхушку лоскута слезного мешка, в полость носа; б - выкраивание лоскута слизистой оболочки на боковой стенке носа.

При дакриоцисториностомии задействованы верхние дыхательные пути и поэтому в качестве анестезиологического пособия необходимо проведение эндотрхеального наркоза с искусственной вентиляцией легких.