

СОДЕРЖАНИЕ:

Аблова Т.Н. Социально-психологические особенности подростков со школьной дезадаптацией	6
Андреева А.В., Чирцова М.Г. Этико-правовые аспекты в научно-исследовательской патриотической работе с молодежью в Северном государственном медицинском университете	12
Белоусова И.Г., Макарова В.И., Игнатова О.А., Дьячкова М.Г. Правовые и этические проблемы при оказании медицинской помощи подросткам в условиях дневного стационара	18
Борисова Т.А., Потапова Н.А., Якушева Е.Е. Проблемы проведения прививочной работы в детской поликлинике	22
Брылевская Н.В., Макарикова Н.П., Колесникова И.А. Особенности деятельности медицинских работников в школе	27
Будрина Е.В., Гузенко О.А., Андреева А.В. Этико-правовые аспекты в работе медицинского персонала детского психиатрического стационара	29
Булатников А.Н. Профессионализм как этическая основа помощи пациентам наркологического профиля	34
Громова Л.А. Этика и деонтология через призму жалоб и обращений пациентов, поступающих в Министерство Здравоохранения Архангельской области	47
Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Соблюдение правовых и этических норм при оказании наркологической помощи несовершеннолетним	53
Иванова З.К., Колобова Ю.Ю. Значение этического кодекса медицинской сестры России в деятельности АМРАО	57
Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г. Роль общекультурных компетенций в формировании ценностных ориентаций врача	62
Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Психосоциальные факторы риска формирования девиантного поведения с употреблением наркотиков у кандидатов на службу в органы внутренних дел	66
Колесникова И.А., Кулакина С.И. Школьная медицина в образовательном пространстве	70
Колобова Ю.Ю., Василенко Е.А. Особенности соблюдения принципов медицинской этики в условиях современного хирургического стационара	75

Комарова С.А. Этико-деонтологические аспекты в работе медицинской сестры в кабинете здорового ребёнка	78
Корякова М.Е. Этические вопросы в патриотической работе студентов-медиков с ветеранами	82
Леус Э.В. Нарушение этики семейных отношений как фактор формирования отклоняющегося поведения детей и подростков	86
Меньшикова М.А. Владимир Бехтерев о бессмертии личности: этические воззрения ученого	91
Михайлова Л.Н., Щукина Н.М., Бызова Л.В., Носкова К.Ю.,	97
Ефимова Н.В. Синдром жестокого обращения с ребенком в семье у детей, поступивших в дом ребенка	
Игумен Феодосий (Нестеров), Парамонов А.А., Соловьев А.Г. Законодательные, социальные и духовные основы алкогольной политики в современной России	103
Новицкий И.А., Терещенко С.Ю., Витютнева А.В. Применение анкетирования при оценке распространенности основных психосоматических расстройств у детей школьного возраста	108
Ольферт Е.П., Жгилева В.В. Опыт организации доабортного консультирования и центров медико-социальной поддержки беременных на территории Архангельской области	110
Павлова А.Н., Серегина С.И. Школа благополучия подростка	113
Пастбина И.М., Игнатова О.А., Меньшикова Л.И.,	117
Орлова Т.П. Опыт взаимодействия учреждений здравоохранения Архангельской области с русской православной церковью	
Петчин И.В., Хасанова Н.М. Работа с письмами и обращениями граждан как метод управления и повышения качества медицинской помощи в многопрофильной медицинской организации	121
Плаксин В.А., Анисимова Л.К., Плаксина Н.Ю. Этико-психологические особенности работы сестринского персонала в учреждениях интернатного типа для детей	127
Плаксина Д.В. Этические аспекты в экспериментальной медицине	135
Пышнограева Н.С. Активный треугольник: медицинская сестра - этика – пациент	138

Рожина Е.Г. Медико-социальная деятельность Архангельского госпиталя для ветеранов войн	142
Санников А.Л. Артифициальный аборт - история и современность	146
Семеновова Т.М. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала линейных и специализированных бригад скорой медицинской помощи г. Архангельска	151
Сидоров А. В. Правовые и этические аспекты санаторно-курортного лечения людей с ограниченными возможностями в Архангельской области	155
Смирнов Р.Ю., Петчин И.В. Этические и деонтологические аспекты в практике врача-хирурга	159
Тарабукина И.В. Этические проблемы в практике врача-офтальмолога	165
Фиохина М.В. Этика и деонтология в деятельности медицинского персонала поликлиники	168
Фомина А.С., Конопляная М.Н., Валькова С.И. Особенности взаимодействия в диаде «врач – пациент» в медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая роза»	171
Хорева Е.А. Этические моменты православного воспитания и милосердия студентов – медиков	177
Чеглаков А.Н. Медико-организационные, этические и правовые проблемы обеспечения прав несовершеннолетних пациентов при оказании медицинской помощи	180
Чумакова Г.Н., Светличная Т.Г., Фокин А. Д., Степанов Е.С. Эвтаназия и милосердие – пути решения проблем	184
Штыкова О.В., Ефимова Н.В. Профилактика артериальной гипертензии у подростков: варианты этических взаимодействий врача и пациента	187
Щукина Е. Г. Роль медицинского и педагогического персонала в формировании доминанты родительства (материнства и отцовства)	191
Якушева Е.Е., Якушев И.Б. Родственники больного: проблема комплаенса	195
Областной конкурс: лучшее эссе и лучшая презентация	200

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Аблова Т.Н.

Северный государственный медицинский университет, ФКП, Архангельск

Учебная деятельность объединяет два процесса: собственно обучение (овладение знаниями определенного объема и уровня) и школьную социализацию (включение в коллектив, систему школьных межличностных отношений), при нарушении которых формируется школьная дезадаптация. Феномен школьной дезадаптации является до настоящего времени недостаточно изученным, отчасти в силу того, что в современной психолого–педагогической науке нет единого мнения относительно природы данного свойства. Адаптация школьников к условиям обучения связана со множеством проблем, имеющих как в системе образования, так и общества в целом. В настоящее время произошла смена акцентов в понимании главных факторов школьной дезадаптации: особое значение стало придаваться социопсихологическому фактору, хотя и психофизический фактор не сбрасывается со счетов. Это связано с усложнением социального портрета общества, сменой жизненных ориентиров как общества, так и отдельных индивидов. Все это отразилось на глубине дезадаптации школьников к усложняющимся условиям школьной жизни. Наиболее остро эти процессы протекают у подростков[1].

Школьная дезадаптация в подростковом возрасте имеет свои особенности. Она чаще всего связана с нарушением общения со значимыми людьми, прежде всего со сверстниками. Особенностью школьной дезадаптации в подростковом возрасте является и снижение учебной мотивации. Дезадаптированные подростки склонны к неприятию себя, других людей, у них ярко проявляется негативизм, у таких подростков не сформированы навыки самоконтроля. Характерные для подростка потребности и мотивы уже не могут быть реализованы просоциальным путем. И подросток реализует эти потребности

и мотивы в группе таких же дезадаптивных подростков, что ведет к еще большей дезадаптации. В результате школьной дезадаптации как отклонения от возрастных норм в ситуации развития личности и организма у подростков появляются психические расстройства, предрасположенность к вредным привычкам, различные варианты девиантного поведения, возрастает социальная опасность [1].

Подростковый возраст отличается конфликтностью. Все физиологические особенности подросткового возраста тесно взаимосвязаны с развитием психики. Появление психических новообразований сопряжено со сложностями его перехода из состояния детскости во взрослую жизнь. Желание подростка перейти на новый социальный уровень развития, заявить о себе как о самостоятельной личности порождает непонимание взрослых и приводит к конфликту [4]. Причиной же возникновения конфликтов со сверстниками является стремление подростка занять наиболее привлекательную для него позицию в группе. Подростковый возраст характеризуется повышенной возбудимостью, неустойчивостью эмоций и поведения, подростки плохо контролируют себя, эмоциональны и нестабильны, у них еще не устоялись «социальные тормоза», «Я-концепция» у подростков не так нагружена различными табу общества, как у взрослых, и они не в силах четко контролировать свои эмоции в разных ситуациях. В их конфликтных отношениях преобладают деструктивные тенденции [5]. Одной из деструктивных тенденций является агрессия. Агрессивность в личностных характеристиках подростков формируется в основном как форма протеста против непонимания взрослых, из-за неудовлетворенности своим положением в обществе, что проявляется и в соответствующем поведении. Вместе с тем на развитие агрессивности подростка могут влиять природные особенности его темперамента, например, возбудимость и сила эмоций, способствующие формированию таких черт характера, как вспыльчивость, раздражительность, неумение сдерживать себя. Кроме того, агрессия может быть вызвана необходимостью защитить себя или удовлетворить

свои потребности в ситуации, в которой растущий человек не видит иного выхода, кроме драки, или, по крайней мере, словесных угроз. Для некоторых подростков участие в драках, утверждение себя в глазах окружающих с помощью кулаков является устоявшейся линией поведения, отражающей нормы, принятые в определенных социальных группах.

То есть в подростковом возрасте в силу сложности и противоречивости особенностей растущих людей, внутренних и внешних условий их развития могут возникать ситуации, которые нарушают нормальный ход личностного становления, создавая объективные предпосылки для возникновения и проявления агрессивности [7].

Основной целью нашего эмпирического исследования являлось изучение социально–психологических особенностей подростков со школьной дезадаптацией. Для этих целей мы использовали методику Баса-Дарки, которая позволяет определить типичные для испытуемых формы агрессивного поведения [3] и методику Томаса, предназначенную для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению [6]. В исследовании принимали участие подростки со школьной дезадаптацией и адаптированные подростки обоего пола. Возрастные рамки респондентов – 14-15 лет. В исследовании участвовало 58 учащихся VIII классов одной из школ г. Архангельска.

Согласно полученным результатам статистически значимых отличий между исследуемыми группами в показателях агрессии не обнаружено. По среднему полученному баллу выбор распределился следующим образом: физическая агрессия, косвенная агрессия и раздражительность больше представлены в группе подростков со школьной дезадаптацией. Эти подростки часто выражают агрессию на других людей окольными путями в виде сплетен, злобных шуток. Также в их поведении присутствуют ненаправленные порывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами, битье кулаками по столу и т.д. Хотя эти взрывы характеризуются ненаправленностью и неупорядо-

ченностью, в некоторых случаях они могут переходить и в физическую агрессию - использование физической силы против другого лица. Еще одной ярко выраженной особенностью у подростков со школьной дезадаптацией является высокая раздражительность - готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости. Эти подростки характеризуются повышенной возбудимостью, неустойчивостью эмоций и поведения, подростки плохо контролируют себя, эмоциональны и нестабильны.

В группе адаптированных подростков более высокие значения имеют физическая агрессия, чувство вины и вербальная агрессия. Им также как и дезадаптированным подросткам характерно применение физической силы против другого; они выражают негативные чувства как через форму, так и через содержание словесных ответов. Подростки, вступая в конфликт, ругаются, скандалят, обзываются, выражают свою агрессию через слова. Более развитые в этой группе подростки способности сопереживать, сочувствовать, осознавать собственное состояние, чувства, эмоции не может не вызывать чувство вины за свои мысли, чувства, действия.

В обеих группах показатели индексов враждебности и агрессивности по среднему баллу находятся в пределах нормы. Но показатель индекса агрессивности имеет большее значение в группе подростков со школьной дезадаптацией. Это говорит о том, что эти подростки не в достаточной мере владеют адекватными способами регулирования своего поведения в конфликте, это внутреннее состояние неумения контролировать свои эмоции, а не отрицательное отношение к миру или негативная, недоверчивая позиция по отношению к окружающим.

При исследовании личностной предрасположенности к конфликтному поведению статистически значимых отличий между группой подростков со школьной дезадаптацией и подростками из адаптированной группы также выявлено не было. Если судить по полученному среднему баллу, то подростки со школьной дезадаптацией

предпочитают следующие стили поведения в конфликте: компромисс, приспособление и избегание. Респондентам, выбравшим стратегию компромисса, присуще стремление к взаимным уступкам, взаимовыгодным сделкам, созданием условий для хотя бы частичного удовлетворения интересов противоположающих сторон. Таким образом, выбирая тактику компромисса, учащиеся основываются на взаимном исправлении своих позиций по обсуждаемым проблемам, поиску взаимоприемлемых ситуаций по спорным вопросам. Именно в реализации этого метода большую роль играет такой универсальный механизм регулирования конфликта, как переговоры. Переговорный процесс, проведение дискуссий в наибольшей степени позволяют выявить точки соприкосновения интересов противников, так называемые "зоны согласия". Компромиссные решения являются оптимальными для улаживания конфликтной ситуации. Поэтому подростки, выбравшие данную тактику, в дальнейшем сохраняют отношения, так как они предпочли получить хоть что-то, чем все потерять. Стратегия компромисса не портит отношения. Более того, она способствует их положительному развитию. Но компромисс нельзя рассматривать как способ разрешения конфликта. Скорее это может являться этапом на пути поиска приемлемого решения проблемы. Стратегия приспособления – принесение в жертву собственных интересов ради другого. Для стратегии избегания характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Уход от конфликта может демонстрировать психологическую слабость, равнодушие по крайней мере одного из участников конфликта.

Адаптированные подростки предпочитают, также как и подростки со школьной дезадаптацией, стратегию избегания и компромисса. На втором месте по предпочтению стратегии стоит склонность к сотрудничеству. Подростки, предпочитающие стратегию сотрудничества, при участии в конфликтной ситуации приходят к альтернативе, которая полностью удовлетворяет интересы обеих сторон. Вы-

брать эту тактику поведения в конфликтной ситуации могут подростки лишь тогда, когда проблема, вызвавшая разногласия, представляется важной для конфликтующих сторон, каждая из которых не намерена уклоняться от ее совместного решения. Но возможно, что конфликтующие стороны имеют примерно равный ранг или вовсе не обращают внимания на разницу в своих положениях. Также нужно учитывать и то, что каждая сторона желает добровольно и на равноправной основе обсудить спорные вопросы, с тем, чтобы в конечном счете прийти к полному согласию относительно взаимовыгодного решения значимой для всех проблемы, из-за которой и возникла конфликтная ситуация. Но бывает и так, что подростки, вовлечённые в конфликт, поступают как партнеры, доверяют друг другу, считаются с потребностями, опасениями и предпочтениями оппонентов. При выборе тактики сотрудничества каждая сторона получает максимум пользы при минимальных потерях.

Если же говорить о стратегии, пользующейся наименьшей популярностью в обеих группах, то это склонность к соперничеству. То есть адаптированные подростки и подростки со школьной дезадаптацией не стремятся добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому. При возникновении конфликтной ситуации в группе подростков, выбирающих данную стратегию, происходит принудительное навязывание одной из сторон своего решения или мнения. При использовании такой тактики, как соперничество, подростками двигают существующие определенные предпосылки - использование силовых методов или некоторых поведенческих форм, таких как принуждение или применение жесткого, приказного стиля общения, рассчитанного на беспрекословное подчинение одной стороны конфликта другой стороне.

Таким образом, результаты исследования показали, что у подростков со школьной дезадаптацией, как и у адаптированных подростков, статистически достоверных отличий по показателям агрессии и личностной предрасположенности к конфликтному поведению

не обнаружено. Также не выявлено статистических различий по индексам враждебности и агрессивности. Проявление конфликтности, и, как следствие, агрессии, является и психологической закономерностью, и социальным феноменом, им в равной степени подвержены как подростки, имеющие школьную дезадаптацию, так и адаптированные подростки.

Литература:

1. Варламова А.Я. Школьная адаптация подростков. Волгоград: Издательство ВолГУ, 2001.- 144 с.
2. Диагностика школьной дезадаптации / под ред. С.А. Беличевой, И.А. Коробейниковой, Г.Ф. Кумариной. - М.: Редакционно-издательский центр Консорциума « Социальное здоровье России», 1993 – 127 с.
- 3 Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б.- СПб., 2002. - с. 80-84.
4. Железнова И.В. Изучение проблемы конфликтов в подростковом возрасте. Электронный ресурс: [http:// nsportal.ru/ vuz/psikhologicheskie- nauki/ library/2013/04/02/statya-izuchenie-problemy- konfliktov- v- podrostkovom. 25/07/14](http://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2013/04/02/statya-izuchenie-problemy-konfliktov-v-podrostkovom.25/07/14).
5. Новгородцева А.П. Внутренние конфликты подросткового возраста // Культурно- историческая психология.- 2006. - №3. -С. 38-50
6. Психологические тесты / Под ред. А.П. Карелина. В 2 т.- М., 2001 г. -Т. 2. - с. 69-77.
7. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. Учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт Флинта, 1998. - 96 с.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПАТРИОТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С МОЛОДЕЖЬЮ В СЕВЕРНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Андреева А.В., Чирцова М.Г.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Формирование гражданских и нравственных качеств будущего врача, медицинского работника – одна из задач учебно-воспитательной работы в Северном государственном медицинском университете (СГМУ, ранее АГМИ – Архангельский государствен-

ный медицинский институт). Изучение и сохранение истории медицины, патриотическое воспитание молодежи является одним из ведущих направлений работы Музейного комплекса СГМУ (МК СГМУ).

В преддверии 70-летия Великой Победы активно проводится изучение участия северян-медиков в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В МК СГМУ постоянно действуют экспозиции о деятельности медиков, выпускников и сотрудников вуза в разные периоды истории нашей страны, проводятся научные исследования, регулярные встречи с ветеранами. Наиболее запоминающимися за последние годы стали участие сотрудников и студентов в общероссийской акции «Бессмертный полк» (медицинская колонна СГМУ) и городской акции «Свеча памяти» в День памяти и скорби, реконструкция военных событий совместно с военно-историческим клубом «Северная Двина». Благодаря таким мероприятиям молодежь получает возможность прикоснуться к истории даже через десятки лет. Не только увидев своими глазами, но и став участниками реальных событий, параграфы учебников о Великой Отечественной войне они уже воспринимают по-другому.

В 2010 году во дворе СГМУ был установлен памятный знак «Медикам военных лет», у которого ежегодно проводятся торжественные мероприятия, это не только встречи с ветеранами, но и с выпускниками АГМИ - СГМУ разных лет. В стенах СГМУ учились, работали и продолжают трудиться крупные ученые и подвижники отечественной медицинской науки, создатели Северной медицинской школы. На российском поле истории медицины МК СГМУ признан одним из ведущих центров, о чем свидетельствуют публикации в российских СМИ и региональная премия Ломоносовского фонда, где особо отмечена деятельность Музея истории медицины Европейского Севера. Бесспорно, музей СГМУ, как центр научно-исследовательской, воспитательной и патриотической работы, оправ-

дал намерение руководства вуза пронизать все научные направления историей медицины [2].

При этом на переднем плане научно-практической деятельности ведомственного музея всегда остаются этико-правовые аспекты. Это объясняется тем, что в центре внимания любой ведомственной истории присутствуют подробности не только научно-практической, но и частной жизни. Особенно часто эти неоднозначные вопросы выявляются в ходе исследовательской работы в МК СГМУ на заседаниях СНК по истории медицины.

Так, например, в подготовке ежегодного сборника «Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области», где участвуют и студенты, регулярно возникают вопросы, требующие индивидуального рассмотрения. Обширность и фундаментальность материалов этой серии характеризуются тщательной проработкой данных, многие из которых впервые вводятся в научный оборот и представляются исследовательскому сообществу. Отдельные статьи посвящены выдающимся персонам, лечебно-профилактическим учреждениям, основанию и основателям университетских кафедр, научных сообществ, изданию законов, постановлений, приказов и научных трудов на медицинскую тему, проведению научных конференций и т. п. Очень ценен биографический материал о медиках Севера, особенно тех, кто всю жизнь посвятил себя работе в глубинке Европейского Севера. Значительная часть информации выходит за региональные рамки, поэтому издание является ценным справочным пособием по истории медицины не только Архангельской области, но и России в целом. Сборник широко востребован, о чем свидетельствуют неоднократные дополнительные издания. При этом необходимо отметить, что не все юбиляры готовы обозначить свои автобиографические данные.

Кроме этого, в МК СГМУ издается сборник «Выпускники Архангельского государственного медицинского института военных лет», который также очень востребован, особенно в связи с прибли-

жением 70-летия Победы в Великой Отечественной войне. При его подготовке были использованы материалы, сохранившиеся от Штаба «Дорогами отцов» – студенческой организации, действовавшей в АГМИ в 1970-х гг. Эту деятельность сегодня восстанавливают студенты СГМУ, образовав Штаб «Дорогами ветеранов», где по крупицам пытаются восстановить боевой и трудовой путь выпускников военных лет. Здесь уже практически нет персон, которые были бы недовольны тем, что о них напишут.

В настоящее время поиск информации продолжается. Это стало реально благодаря рассекречиванию некоторых архивных данных и появлению таких интернет-ресурсов как «Книга памяти», «Поморский мемориал» и др. Некоторые личные дела были изъяты из архива университета по различным причинам, и работа с ними проводится в Государственном архиве Архангельской области и архивах ФСБ. Таким образом, точные цифры и имена еще предстоит установить, так как выявляются новые документы и факты.

В настоящее время при подготовке к изданию биографических материалов возникают определенные этико-правовые вопросы, исходящие из реалий жизни и необходимости соблюдения федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», целью которого является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в т.ч. защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Возникает вопрос – а имеем ли мы право публиковать личные данные в свободном доступе даже в случае уникального исторического наследия? Ввиду возникших вопросов этический подход к изданию сборников стал принципиально обстоятельным: публикация данных осуществляется после получения согласия от частных лиц или ответа из организаций после запроса, подготовленного совместно с министерством здравоохранения Архангельской области. При

предоставлении в МК материалов лично юбилярами или их родственниками составляется акт, заверяющий подлинность материала.

Другая ситуация – как быть в случаях с давно умершими, когда нет возможности связаться с их потомками? Такая возможность существует, т.к. тот же закон гласит, что даже в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в гл. 2 ст. 6 ч. 1 п. 8 настоящего ФЗ, когда обработка персональных данных необходима для осуществления профессиональной деятельности журналиста и (или) законной деятельности средства массовой информации либо научной или иной творческой деятельности при условии, что при этом не нарушаются права и законные интересы субъекта персональных данных.

Здесь возникают вопросы этического плана: следует ли вовлекать молодежь в научно-исследовательскую и военно-патриотическую деятельность на базе МК СГМУ? Отвечаем однозначно: «Необходимо!». Студенты нашего вуза при поддержке старших коллег не только работают с архивными данными, но и берут интервью у ныне здравствующих ветеранов или их родственников, пишут о них статьи в СМИ. Это одна из последних возможностей дать им возможность живого общения с самым старшим поколением – поколением Победителей! Результат такой коллективной деятельности уже увековечен в многочисленных музейных изданиях и не требует дополнительных объяснений. А фоторепортажи и статьи о праздничных мероприятиях с ветеранами, выявлении медицинских династий, помощи по дому, проводимых совместно со школами, учреждениями и общественными организациями Архангельской области под девизом «Никто не забыт и ничто не забыто!», постоянно обновляющиеся на странице СГМУ, убедительно свидетельствуют о необходимости именно такой живой патриотической работы. Уникальный опыт деятельности Музейного комплекса СГМУ и общение со старшим поко-

лением, безусловно, дает будущим врачам не только профессиональные знания, но и социальную направленность, несмотря на многие этико-правовые нюансы.

Такая музейная работа полностью соответствует тематике встречи президента РФ В.В. Путина с руководителями краеведческих музеев в ноябре 2014г. На ней прошло обсуждение вопроса о том, как в регионах сделать из музеев не просто хранилища старых вещей, а общедоступные научно-просветительские образовательные центры, где можно проводить уроки и заниматься воспитанием молодого поколения [3].

Выдающийся педагог А.С. Макаренко писал: «Надо иметь, прежде всего, мужество, чтобы открыто признать: мы не знаем кого мы хотим воспитать; мы не знаем нужно ли воспитывать мужество. А вдруг это «непедагогично»? А вдруг мамы будут недовольны?...» [1].

И что есть это воспитание в наше время? Как развивать патриотическое воспитание молодежи в демократическом государстве? Что мы теперь должны воспитать на уроках мужества? Это – открытый вопрос для всех желающих принять участие в воспитании наших граждан, в первую очередь, будущих медицинских работников, которые сегодня учатся в СГМУ.

Литература:

1. Макаренко А.С. Воспитание гражданина / Сост. Р.М. Бескина, М.Д. Виноградова. – М.: Просвещение, 1988. – 304 с.
2. Медицинское образование на современном этапе: материалы XIX межрегиональной учебно-методической конференции. – Архангельск: Изд – во СГМУ, 2014. – С. 93.
3. <http://www.rg.ru/2014/10/03/muzei.html>

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Белоусова И.Г., Макарова В.И., Игнатова О.А., Дьячкова М.Г.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Госпитализация в стационар, особенно с круглосуточным пребыванием, - серьезное психологическое испытание, обусловленное изменением сложившегося образа жизни ребенка. Предлагаемые правила внутреннего распорядка медицинского учреждения часть подростков расценивает как посягательство на ограничение их свобод, что вызывает негативизм и протест, создает проблемы, в том числе и юридического плана.

Высокая распространенность среди подростков и молодежи неблагоприятных факторов образа жизни, низкий уровень самосохранительного поведения способствуют тому, что пребывание подростка в стационаре становится проблемным, не комфортным не только для него самого, но и для медицинского персонала. По результатам ранее проведенного исследования (Н.Н. Потехина, М.Г. Дьячкова, И.А. Колесникова и др., 2009г.) наиболее значимыми особенностями образа жизни современных подростков и молодежи являются следующие: пренебрежение мерами личной безопасности (75,5%), употребление алкоголя от эпизодического до систематического (81,9%), наркотических средств (9,2%), курение (48,1%), раннее начало половой жизни (25,6%), неадекватное пищевое поведение (57,2%), недостаточная двигательная активность (21,4%). Отмечено, что для современных подростков характерным является низкий кумулятивный уровень общения с родителями (16,5%), у трети подростков отмечаются депрессивные состояния и суицидальные наклонности. При этом наибольшая концентрация неблагоприятных факторов отмечается в группе подростков 15-17 лет, а неблагоприятные поведенческие факторы у девушек встречаются в 1,6 раза чаще, чем у юношей.

С учетом вышеперечисленных факторов обследование и лечение подростков в дневном стационаре является более предпочтительным. В детской больнице г. Северодвинска койки дневного стационара функционируют с 2001 года.

Нами проанализированы результаты наблюдения за 611 подростками в возрасте от 15 до 18 лет, получавшими лечение в условиях дневного стационара в 2012-2014 гг. По полу пациенты распределились следующим образом: девочек 305 (49,92%), мальчиков 306 (50,08%). В структуре госпитализированных больных преобладали классы болезней нервной системы (39,44%) и желудочно-кишечного тракта (31,19%), болезни глаз заняли третье место и составили 17,58%.

Одна из важнейших задач — осведомление ребенка, а по его желанию и его родителей, об особенностях заболевания. В приемном отделении больницы каждый подросток, достигший 15 лет, дает добровольное информированное согласие. Умение врача успокоить, объективно информировать о методах диагностики, предстоящем лечении, развитии возможных осложнений и при этом ободрить и настроить на активную помощь является обязательным требованием качественного оказания медицинской помощи.

От доверия, которое устанавливается чаще уже при первой встрече пациента с доктором, будет зависеть успешность дальнейшего лечения. Общаясь с врачом, родители больного ребенка нередко ожидают встречи с крупной личностью. Часто они испытывают разочарование, встречаясь «всего лишь» с добросовестным тружеником и хорошим профессионалом. Если при этом нарушаются правила деонтологии, то возникает повод для недоразумений. Во избежание этого медперсонал отделения придерживается следующих рекомендаций:

1. Контакт устанавливаем в первую очередь с ребенком, ибо, как только родители отмечают, что ребенок не сопротивляется врачу, они относятся к нему с доверием, а подросток несколько «раскрепощается». Обращаемся к пациенту только по имени.

2. Ведем себя спокойно, внимательно, оптимистично. Стараемся аккуратно выглядеть, следим за осанкой, боремся с вредными привычками (в отделении никто не курит), так как это служит примером, внушающим доверие.

3. Убежденно и четко излагаем сведения о выявленных проблемах со здоровьем подростку или его родителям в доброжелательной и мягкой форме, что свидетельствует о высоком профессиональном уровне врача, вызывает доверие к нему лично и к учреждению, которое он представляет.

4. Используем отвлекающие приемы: шутливые выражения, юмор и др. для подавления страха неизвестности у ребенка и его близких, что является одной из главных деонтологических задач.

5. Для облегчения взаимопонимания в сложных ситуациях стараемся соблюдать дистанцию при условии предельной доброжелательности.

6. Стараемся проявлять такие душевные качества, как внимание, доброта, ласка, что вносит успокоение в сознание детей и их родителей.

7. При предъявлении подростку определенных требований стараемся проявлять твердую волю, что облегчает лечебный процесс.

8. Внушаем ребенку мысли о том, что он сам заинтересован и нуждается в выполнении врачебных предписаний, что снимает многие деонтологические трудности.

В настоящее время подростки обладают большим запасом сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых, в основном, из Интернета, сами себе выставляют диагнозы и начинают лечиться, используя различные модные средства и методики, рекламируемые порой самими медиками. Это создает дополнительные трудности при контакте врача с ребенком. Мы считаем, что при работе с такими пациентами наиболее оптимальной является так называемая «коллегиальная» модель отношений, когда врач и подросток совместно обсуждают план обследования и лечения, намечают определенные цели.

В этом случае ребенок чувствует свою сопричастность к результатам лечения, у него появляется дополнительная мотивация.

Необходимо учитывать, особенно в ситуациях с серьезными диагнозами, что одно и то же заболевание воспринимается детьми в разном возрасте неодинаково. Чем старше ребенок, тем осознаннее и трагичнее ощущает он свое состояние и тем серьезнее для него психологическая травма. Различие таких представлений зависит от познавательного и психосоциального развития ребенка, его предыдущего опыта, поэтому крайне важно предотвратить психогенную (информационную) ятрогению, которая может возникнуть вследствие необдуманной беседы врача, сообщения им без предварительной подготовки непонятной медицинской информации. В нашем отделении подросток может задать любые вопросы, касающиеся его здоровья, лечащему врачу во время ежедневного осмотра и получить ответы конфиденциально. По желанию пациента информация о состоянии его здоровья предоставляется родителям в специально выделенный на неделю день для беседы с лечащим врачом.

Отказ пациентов от диагностических и лечебных процедур нередко ставит врача в затруднительное положение. Стремясь защитить себя от возможных ошибочных, по их мнению, агрессивных процедур, они выдвигают собственные, далеко не всегда правомерные и адекватные требования, не задумываясь об их последствиях. В таких ситуациях персонал отделения не настаивает на немедленном проведении той или иной процедуры, а терпеливо, используя объяснения, внушение готовит пациента к предстоящему исследованию.

Статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено понятие врачебной тайны, что неукоснительно соблюдается в дневном стационаре: истории болезни пациентов хранятся в закрывающихся на ключ шкафах, эпикризы печатаются докторами, а не техническими сотрудниками. Подростки обычно стремятся сохранить в тайне диагнозы, выставленные в результате обследования, особенно

если это касается болезней нервной системы, таких как эпилепсия, энурез, энкопрез и др. В таких случаях в справке, выдаваемой на руки пациенту, указываем не диагноз, а код диагноза по МКБ-Х. Сохранение медицинской тайны обязательно, если подросток (особенно девушка) доверился врачу о начале половой жизни, не поставив об этом в известность родителей.

Таким образом, в условиях дневного стационара детской больницы созданы все условия для оказания качественной медицинской помощи детям подросткового возраста. Медицинский персонал должен иметь не только глубокие профессиональные знания, умело использовать практические навыки, но и четко ориентироваться в правовых вопросах, понимать психологию больного ребенка, особенно подросткового возраста.

ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОЧНОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Борисова Т.А., Потапова Н.А., Якушева Е.Е.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Проведение эффективной иммунопрофилактики является одним из важнейших разделов работы педиатрической, прежде всего амбулаторной, службы, в т.ч. и нашего учреждения - Северодвинской городской детской клинической больницы, которая обслуживает около 30 тысяч детей, из них практически 2000 составляют дети первого года жизни. Основную роль в проведении вакцинации играет участковая служба, педиатры и медицинские сестры дошкольных образовательных учреждений, школ и профессиональных училищ.

Многие сложности и проблемы, существующие в процессе проведения иммунизации, нам удастся держать под контролем: отработаны вопросы соблюдения «холодовой цепи» на всех этапах, приобретены электронные термоиндикаторы «Фридж-тег», регулярно проводятся учебные курсы, контроль знаний и навыков медицинского персонала, непосредственно участвующего в проведении вакцинации, организована работа иммунологических комиссий в каждой детской поликли-

нике. На протяжении многих лет проводится вакцинопрофилактика в условиях стационара с целью достижения необходимой своевременности иммунопрофилактики, а также с целью осуществления принципов индивидуального подхода у детей с имеющейся патологией. Так, в условиях стационара в 2013г. было привито 446 детей, в 2014г.- 456. В работе с семьями с низкой медицинской активностью в разъяснительной работе участвуют, вместе с участковой службой, специалисты по социальной работе, осуществляют повторные патронажи, убеждают, напоминают.

Анализ состояния иммунопрофилактической работы в районе обслуживания за последние 10 лет показал, что в течение указанного периода иммунные прослойки по всем управляемым инфекциям достаточные и составляют в среднем более 99%, чуть ниже по коклюшной инфекции - 96-97%.

Вместе с тем в последние годы со стороны родителей отмечается рост числа отказов от прививок. Так, среди детей, не привитых против туберкулеза, в 2003 году 16 человек составляли дети с медицинскими отводами, был только 1 отказ от прививки. В 2013 году среди непривитых детей уже 62 ребенка имели медотводы, а 73 - отказы. Рост отказов при отсутствии роста численности детского населения очевиден. Аналогичная тенденция прослеживается по всем видам инфекций. В 2003 г. не привитых против дифтерии в связи с медотводами было 29 человек, отказов - 9, через 10 лет - 41 и 132 соответственно. Количество не привитых детей против коклюша за 10 лет практически не изменилось, число отказов выросло с 6 до 98. В отношении прививок против полиомиелита число медотводов за десять лет увеличилось незначительно, число отказов выросло с 9 до 111. При анализе причин непривитости детей против кори и паротита видно, что количество медотводов сократилось практически в 2 раза, число отказов выросло за 10 лет с 24 до 173. Рост числа отказов среди причин отсутствия вакцинации у детей в районе обслуживания наиболее выражен с 2010 года.

Выявленные негативные тенденции делают работу с родителями по информированию по вопросам иммунопрофилактики особенно актуальной. Предварительное получение согласия на прививку предполагает подробное разъяснение как важности вакцинации, так и возможности появления реакции на прививку, осложнений. С этой целью мы активно используем средства массовой информации: в городских газетах «Вечерний Северодвинск», «Северная неделя» опубликованы статьи и интервью по данным вопросам, показаны сюжеты по каналам городского телевидения, необходимая информация размещена на сайте нашего учреждения. Желание убедительно информировать родителей побудило искать новые формы работы. Так, нами были проведены конкурсы на лучшую форму преподнесения информации родителям по иммунопрофилактике, в том числе на лучший санбюллетень по иммунопрофилактике, лучший детский рисунок, организована школа для родителей «Успешный родитель - здоровый ребенок», проведен детский праздник для детей, наблюдающихся в детской поликлинике «Иммунопрофилактика - залог здоровья».

Одной из проблем, осложняющей процесс проведения иммунизации, является невозможность практического прогнозирования прививочных осложнений. Опасения родителей нередко приводят к отказам от вакцинации. Эти опасения обычно связаны с сообщениями об осложнениях после прививок, хотя развитие заболевания в поствакцинальном периоде чаще всего связано не с вакцинацией, а представляет собой совпадение двух событий по времени. К сожалению, в условиях поликлиники (да и стационара тоже) практически не представляется возможным провести дифференциальную диагностику заболевания и объективно установить его причину. Но для пострадавших и противников вакцинации такое событие служит поводом для обвинений, и, к сожалению, они охотно подхватываются СМИ, которые ценят сенсации. Осложнения, в отличие от прививочных реакций, представляют собой не столько проявление реактогенности препарата, сколько индивидуальную особенность системы иммунитета

конкретного ребенка. При этом проведение массового исследования иммунологического статуса с целью выявления тяжелого врожденного иммунодефицита не могут себе позволить даже экономически развитые страны. Известно, что врожденные иммунодефициты относятся к орфанным заболеваниям, следовательно, необходимость таких обследований представляется сомнительной.

Нельзя обойти вниманием такую проблему, осложняющую процесс проведения эффективной профилактики, как антипрививочное движение. Эта проблема уникальна. Фактически имеется огромное количество умных, интеллигентных, совестливых людей, которые способны создать мощное общественное движение, направленное на решение реальных проблем вакцинации. Но появляется десяток экстремистов, которым удается это стихийное движение возглавить, используя ложную, недоказанную и непроверенную информацию, передергивание фактов, эмоциональные лозунги, не имеющие научной основы. Как следствие - реальная проблема: вместо конструктивной оптимизации самого эффективного способа профилактики инфекций имеем заведомо деструктивное общественное движение, приводящее к росту отказов от прививок, удорожанию вакцинных препаратов. Вакцинации уже более 200 лет, а если считать и оспопрививание, то срок этот надо увеличить многократно. Но и сейчас, как и раньше, эта профилактическая мера порождает у многих страхи и опасения, во многом связываемые с вмешательством в жизнедеятельность здорового организма, тогда как в случае болезни лечебные меры, даже весьма опасные, таких страхов не вызывает. Так как эта проблема вызывает беспокойство, мы стараемся проводить разъяснительную работу с использованием средств массовой информации путем организации школ и конференций для родителей в поликлиниках, организации акций. Одним из последних мероприятий было проведение акции в детской поликлинике №3, которая планировалась уличной, но из-за погодных условий была проведена в стенах поликлиники. Родители,

приглашенные на акцию, откликнулись довольно активно, пришли вместе с детьми.

Мы проанализировали пути получения информации о прививках и готовность к ее получению у родителей. С этой целью на примере анализа информированности о вакцинации против гриппа нами было проведено анкетирование родителей 100 детей, подлежащих прививкам.

По результатам исследования было выявлено, что более половины родителей признают существенное влияние на принятие решения о вакцинации со стороны средств массовой информации (58%), еще 22% сомневались в оценке, и только 20% посчитали себя абсолютно независимыми в суждениях. 74% респондентов считают, что пропаганда вакцинопрофилактики должна быть усилена. Потребность в грамотной информации высока: только 55% удовлетворены разъяснениями со стороны медицинских работников, 45% считают эти разъяснения недостаточными. Главным доводом в принятии решения о вакцинации для 54% родителей было мнение педиатра, информация в СМИ - для 27% респондентов. О возможных последствиях, связанных с отсутствием прививок у ребенка, осведомлены 86% родителей и 14% отгородились от восприятия информации. Отказывались когда-либо от проведения прививок ребенку 35% респондентов, самостоятельно решая, что ребенок «не готов к прививкам». Одна треть респондентов указали, что не прививаются сами, так как «считают это бесполезным». Эти показатели выявляют группу «прививочного нигилизма». Анкетирование продемонстрировало, что требуется более убедительная и настойчивая работа в этом направлении, т.к. 80% респондентов готово к восприятию информации.

Таким образом, активизация работы по профессиональному квалифицированному информированию населения по вопросам иммунопрофилактики является очень важной. С этой целью необходимо использовать все имеющиеся возможности амбулаторной и стационар-

ной помощи при строгом соблюдении всех требований нормативных документов.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ШКОЛЕ

Брылевская Н.В., Макарикова Н.П., Колесникова И.А.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Одной из основных задач медицины на современном этапе является воспитание здорового поколения детей. Особенно это актуально для школьного возраста, так как этот период является важным и ответственным отрезком жизни ребенка.

Министерство здравоохранения регулярно издает новые приказы и инструкции, которые призваны усилить контроль за сохранением здоровья детей и подростков. Многочисленные документы регламентируют работу по сохранению и укреплению здоровья школьников. Однако все эти меры не могут быть достаточно эффективными, если не будет четко согласована работа между поликлиникой, школой и родителями. Здесь и необходимо главное связующее звено, которое приводит весь этот сложный механизм в работу – школьный медицинский работник.

Школьный медработник в один короткий отрезок времени выполняет большое количество разноплановой работы. Им организуются и проводятся профилактические осмотры, осуществляется взаимодействие с учреждениями здравоохранения, ведется разъяснительная работа с родителями и учащимися, индивидуальный прием, оформление многочисленной документации, при этом по производственной необходимости часто требуются выходы из школы в детскую поликлинику. Кроме того, он должен подготовить к диспансеризации учащихся, провести вакцинопрофилактику, своевременно оказать неотложную помощь, постоянно контролировать соблюдение санитарно-гигиенических требований и вести санитарно-просветительную работу.

Выполняя свои обычные функции, школьный медработник оказывается в сложном положении, так как ему приходится контактиро-

вать со всеми участниками профилактической работы. И начинаются трудности, поскольку каждая из сторон считает себя наиболее важной.

Со стороны родителей часто предъявляются претензии из-за отсутствия медработника в кабинете, в то время, когда он выполняет другие обязанности, например, контроль санитарного состояния школы или сопровождение учащихся на осмотры в поликлинику. Современным родителям, особенно молодым, часто непонятно, какие функции, кроме амбулаторного приема, возложены на медработника школы. Им гораздо важнее знать, что в школе есть медицинский кабинет, а в нем постоянно находится медицинский работник. Поэтому родители часто пытаются переложить свои обязанности по сохранению здоровья детей, а иногда и по лечению, на плечи медицинского работника школы. Дети могут быть отправлены в школу с признаками обострения хронических и проявлениями острых заболеваний, иногда получившие накануне травму вне школы, со словами: «Зайди в медицинский кабинет, пусть тебя посмотрят». При этом не принимается во внимание, что медработники школы имеют среднее медицинское образование и не могут заниматься лечебной деятельностью самостоятельно, и тогда круг замыкается вновь на родителях. В этом направлении ведется постоянная разъяснительная работа, но, к сожалению, не всегда со стороны родителей находится понимание. Родители часто не своевременно заполняют документы, выданные медработником школы, не соблюдают сроки диспансерного наблюдения в детской поликлинике. Такое отношение не может не повлиять на детей, так как дети нередко копируют поведение своих родителей, с их стороны порой появляется потребительское отношение, ощущается вседозволенность, а порой и грубость.

Возникают трудности в отношениях медицинских работников с администрацией школы и с педагогами, в основном из-за того, что все профилактические мероприятия проводятся в учебное время, вклиниваются в учебный процесс и нарушают планы и работу педа-

гогов. Медработники ведут кропотливую разъяснительную работу с администрацией школ и классными руководителями, указывают на важность и необходимость проведения профилактических осмотров, постоянно ищут пути минимального нарушения учебного процесса и учебных планов.

Со стороны специалистов поликлиники не всегда находится понимание сложности организации медицинских осмотров школьников. Не берутся во внимание большой объем предварительной организационной работы, трудности в предоставлении детьми документов, особенности поведения подростков, их некоторая недисциплинированность и несдержанность.

Таким образом, школьный медработник оказывается не только участником, но и координатором сложного процесса взаимодействия поликлиники, школы, родителей и самих учащихся. Он должен найти взаимопонимание со всеми сторонами процесса, организовать свою работу так, чтобы выполнить все поставленные перед ним задачи. А задачи эти с течением времени становятся все многочисленнее и все сложнее.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Будрина Е.В., Гузенко О.А., Андреева А.В.

Архангельская клиническая психиатрическая больница, Архангельск АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Профессиональная этика в психиатрии имеет единые корни с медицинской этикой. Выделение психиатрической этики свидетельствует об особенностях психиатрической практики и специфике проблемных ситуаций.

Прошло более 20 лет после введения в практику Закона РФ №3185- 1 от 02.07.92 «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». В течение этого времени нормой для пациентов и их близких стало жить с осознанием того, что они могут

получать необходимую помощь и защиту в соответствии с действующим законом. Нормой работы персонала психиатрической службы является то, что они стали строить свою деятельность в соответствии с положениями действующего закона, защищать на всех уровнях права и интересы своих подопечных [1].

Лица с психическими расстройствами (особенно с выраженными) всегда вызывали в обществе не только особое внимание, но нередко беспокойство и опасение. Нарушение правильной оценки окружающего, расстройства поведения больных приводят к тому, что их поступки часто представляются необычными, а порой опасными для них самих и окружающих. Это обстоятельство способствовало формированию в обществе особых принципов отношения к психически больным, позже закрепленных в виде законодательных мер, регулирующих эти отношения [3].

В развитых странах оказание психиатрической помощи также регламентируется законом. Принудительное стационарирование психически больных осуществляется на основе соответствующих правовых актов. В некоторых странах оно связано с наложением опеки. В этом случае пациент может быть помещен в стационар и ограничен в гражданских правах или даже полностью лишен их. Основанием для помещения в психиатрическую больницу без согласия пациента служат выраженные расстройства психики, делающие больного опасным для самого себя или для окружающих [2].

Недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре продолжают оставаться спорными вопросами в области охраны психического здоровья, так как, с одной стороны они посягают на личную свободу, право выбора и таят в себе опасность нарушения прав человека по политическим, социальным и другим причинам. С другой стороны, недобровольная госпитализация и лечение способны предотвратить причинение вреда здоровью самого пациента и других людей, а также помочь больному осуществить свое право на здоровье, которое в силу его психического расстройства он не может

сделать самостоятельно. Законодательство в области психического здоровья должно обеспечивать баланс между правами отдельного человека и защитой общества в тех случаях, когда лица представляют потенциальную опасность для других людей вследствие наличия у них психических заболеваний [1].

Сестринская помощь в условиях психиатрического стационара - сложная эмоционально нагруженная деятельность, предъявляющая к особые требования к личности специалиста. Палатная медицинская сестра постоянно взаимодействует с людьми, страдающими психическими расстройствами, как правило, имеющими ту или иную степень социальной инвалидизации, а также с членами их семей [2].

Уход за ребенком с ментальными расстройствами требует, помимо хорошей профессиональной подготовки, большого терпения, умения и любви к детям. Медицинская сестра, работающая с детьми, должна постоянно проявлять заботу, теплоту и внимание и, таким образом в какой-то степени компенсировать отсутствие родителей [4].

Серьезные трудности возникают у медицинских работников психиатрической службы при общении с родителями пациентов. Естественной их реакцией является беспокойство, озабоченность и страх за ребенка. Бывают такие случаи, когда совсем нелегко достигнуть взаимопонимания с родителями, крайне эмоционально реагирующими на заболевание ребенка и неспособными критически оценить реальные факты. Известие о тяжелом психическом заболевании у ребенка с неблагоприятным прогнозом вызывает у родителей тяжелое потрясение, отчаяние, нередко враждебные высказывания в адрес медицинских работников [6].

Особого рассмотрения заслуживает возможный страх перед психически больными. Нередко у медицинских сестер возникает страх перед физической силой отдельных пациентов, вспышками у них гнева, импульсивными действиями. Больные остро чувствуют эмоциональное состояние медицинского персонала и нередко преднамеренно пытаются внушить медицинскому персоналу и окружаю-

щим пациентам страх своими высказываниями и поведением [7], что выражается в проявлении вербальной и невербальной агрессии.

Большие трудности представляет обслуживание пациентов с тенденцией к побегу. Обычно побег совершают больные с асоциальным поведением, криминальными эпизодами в анамнезе и паранойяльными идеями [6].

Профессионально грамотная медсестра умеет следовать тому ходу мыслей, который характерен для пациента, и понимать мотивы его поступков. Это особенно трудно, когда бредовые идеи больного человека имеют обвинительную направленность в адрес медицинского персонала, когда у пациента появляются признаки психомоторного возбуждения, спутанности [5].

В обществе все еще существует настороженное и подозрительное отношение к лицам с ментальными особенностями. Поэтому наличие психиатрического диагноза у лица, его пребывание на лечении или под наблюдением психиатрического учреждения, если это становится известно окружающим, могут создать для него дополнительные трудности как в социальном существовании, так и в профессиональной деятельности.

Практика оказания психиатрической помощи регламентируется законом РФ №3185- 1 от 02.07.92 «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Но законом не могут быть предусмотрены частные этические вопросы. Персонал же имеет дело с конкретным человеком и индивидуальными особенностями его состояния. В своей практической деятельности персонал психиатрической службы руководствуется положениями Закона и принципами медицинской этики, основные требования которой следующие: деятельность должна быть направлена на благо пациента, соблюдение его интересов, врачебной тайны и персональных данных.

В развитии эффективной работы персонала психиатрических учреждений большое значение имеет общественная деятельность. Активное сотрудничество с различными общественными организа-

ями (Ассоциацией медицинских работников Архангельской области, АРОО «МОСТ») позволяет расширить рамки повышения квалификации медицинского персонала в решении многих этических и правовых вопросов.

Список литературы

1. Березанцев А.Ю., Ангелова-Барболова Н.С. Вопросы совершенствования законодательной базы в аспекте недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и недобровольного психиатрического лечения // Материалы научно-практической конференции «Правовые и этические проблемы психиатрической помощи». 30 ноября 2009. Под ред. Проф. Ястребова В.С. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. 217с.
2. Ведерникова О.А., Петухов Ю.Л., Чукавина В.В. Организация обучения этико-деонтологическим аспектам деятельности медицинского персонала психиатрической больницы // Главная медицинская сестра. 2011. № 3. С. 40-44.
3. Виноградов С.В. Состояние психиатрической службы: актуальные вопросы и пути решения // Материалы Всероссийского форума медицинских сестер. СПб. 2012.
4. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Роль медицинской сестры в психосоциальной реабилитации пациентов в условиях психиатрического стационара // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С. 36-39.
5. Карпенко Н.С. Психологические аспекты работы медсестры психиатрического стационара // Главная медицинская сестра. 2012. № 6. С. 14-16.
6. Куприянова Г.Г. Этика медсестры психиатрического учреждения // Медицинская сестра. – 2013. - №3. С.14-18.
7. Лапотников В.А. Сестринский уход: пособие / В.А. Лапотников, В.Н. Петров, А.Г. Захарчук. – Издательство: Диля, 2010. 384 с.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Булатников А.Н.

**Российская медицинская академия последипломного образования,
кафедра наркологии, Москва**

В любой профессии честное и ответственное исполнение своих обязанностей – одно из главнейших правил профессиональной этики. Профессиональную этику следует рассматривать как разновидность общей морали, которая определяет отношение человека к своему профессиональному долгу. Этика профессиональной деятельности основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях. Этика профессионала – это кодекс поведения, обеспечивающий нравственный характер взаимоотношений, которые вытекают из требований к профессиональной деятельности и профессиональной компетентности. Компетентность — это готовность решать профессиональные задачи и способность к осуществлению реального воздействия на основе обладания определёнными знаниями и опытом собственной деятельности, позволяющими выносить объективные суждения и принимать точные решения.

Современная ситуация в России характеризуется уменьшением деловой активности, существенным уровнем безработицы и снижением жизненного уровня большей части населения в ряде регионов страны, отсутствием понимаемых и осознаваемых условий для улучшения ситуации, отсутствием целостной информационной стратегии, ориентирующей население на сохранение собственного здоровья и работоспособности, как основного и обязательного фактора собственного жизненного благополучия. Существенную роль в приобщении к потреблению психоактивных веществ (ПАВ) играют такие факторы как психический инфантилизм, семейный алкоголизм, низкая информированность в вопросах формирования зависимости от ПАВ, реакция подражания, расторможенность влечений, девиантные формы поведения и т.д. Сложившаяся ситуация определяет профилактическую

деятельность, осуществляемую всеми субъектами профилактики, как социально необходимую и приоритетную.

Проблему профилактики употребления наркотиков и других психоактивных веществ целесообразно рассматривать в широком контексте - в контексте укрепления здоровья. Здоровье обеспечивает оптимальное прохождение всех основных этапов жизненного цикла и характеризуется структурной и функциональной сохранностью систем и органов человека, индивидуальной приспособляемостью, сохранностью аутоидентичности и оптимального самочувствия, гармоничностью и зрелостью личности. Универсальное направление профилактики формирования зависимости от психоактивных веществ базируется на развитии и укреплении психического и физического здоровья при оптимально организованной для этого соответствующей инфраструктуре.

В зависимости от целевой группы, с которой проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику зависимости от ПАВ. В этой связи определяются цель, задачи, технологии и методы профилактической деятельности.

Задачи профилактической деятельности:

1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие человека;
2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение в обществе;
3. Развитие здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения;
4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению ПАВ в организованных и неорганизованных группах населения;
5. Формирование мотивации на отказ от дезадаптивных форм поведения;

6. Формирование и развитие социальной поддержки;
7. Поощрение стремления к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления.

Стратегический путь профилактики формирования зависимости от ПАВ заключается в том, чтобы:

- 1) Знать свои потребности, уметь определить период актуализации потребностей и степень их удовлетворения;
- 2) Быть в состоянии самостоятельно удовлетворить потребности (в том числе через ассертивное поведение, через реальное решение проблем);
- 3) Быть в состоянии воспользоваться доступными ресурсами социального окружения, если не получается самостоятельное удовлетворение потребностей – поиск помощи путем обращения к другим основным значимым лицам, системе социальной поддержки, большому человеческому сообществу;
- 4) Уметь сублимировать потребностные состояния.

Потребность – особая форма отношения живого к окружающей среде, выражающая необходимость и предполагающая возможность избирательного его взаимодействия с некоторыми элементами этой среды с целью пластического, энергетического, информационного обеспечения и поддержания целостности как условий самосохранения, размножения, естественного отбора. Потребности человека характеризуются тем, что он выступает по отношению к среде обитания как целостный и преобразующий по активности фактор. Этим объясняется способность личности в той или иной мере и преобразовывать среду, и приспосабливаться к ней. При этом деятельность – это реализация потребностного отношения к окружающей среде, избирательное взаимодействие с определёнными её элементами. Специфически человеческим содержанием деятельности является целесообразное изменение и преобразование окружающей среды.

Использование феномена потребности даёт возможность с единых позиций рассмотреть все важнейшие процессы и явления психи-

ческой и физической деятельности. Это позволяет, с одной стороны, локализовать процессы как ведущие к употреблению ПАВ, так и происходящие при конкретных проявлениях наркотизма, и понять, почему человеку столь трудно противостоять наркогенному веществу и вызываемому им состоянию интоксикации, а с другой стороны способствует формированию и развитию нормативной личности, обеспечивающей гармоничное и полноценное функционирование в социуме.

Первичная профилактика – это комплекс превентивных мероприятий, направленных на предупреждение формирования негативных ценностей и мотивов употребления ПАВ, пропаганду здорового образа жизни.

Цель первичной профилактики злоупотребления ПАВ - предупреждение приобщения к ПАВ и формирование здорового образа жизни.

Задачи первичной профилактики:

1. Способствовать осознанию и усвоению основных человеческих ценностей;
2. Обучить методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения ПАВ;
3. Информировать о психоэмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях употребления ПАВ;
4. Формировать психосоциальные и психогигиенические навыки принятия решений, эффективного общения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию окружения, управления эмоциями, в том числе в состояниях стресса;
5. Довести до сознания преимущества отказа от употребления ПАВ;
6. Формировать установку на ведение здорового образа жизни;
7. Коррекция самооценки.

Медико-социальная профилактическая деятельность ориентирована на группу риска. Объектом профилактики являются лица, начинающие употреблять табачные изделия, алкоголь, наркотические и

токсикоманические средства, а также лица с высокой степенью риска приобщения к потреблению любых ПАВ.

Программы первичной профилактики включают антинаркотическую пропаганду и агитацию, организацию здорового досуга, вовлечение в общественно полезную творческую деятельность, занятия спортом, искусством, туризмом и т.п.

С теоретических и практических позиций необходимо дифференцировать такие формы профилактики как пропаганда и агитация. Пропаганда призвана предоставлять информацию и формировать убеждения в отношении объекта профилактики (привычка, средства и способы профилактики). Тогда как агитация направлена на субъект профилактики - подросток, психолог, педагог, врач. Поэтому если пропаганду рассматривать как распространение идей и знаний, то смысл агитации состоит в побуждении к действию на основе пропагандистских рекомендаций.

В основе профилактической программы лежат два основных понятия: психическое здоровье, связанное с особенностями и стилем жизни, и формирующая его оздоровительная среда. Она организуется с учетом следующих компонентов:

- 1) приоритет здоровья: укрепление и развитие психического и физического здоровья как одной из основных задач;
- 2) мониторинг здоровья: оценка и стимуляция динамики показателей здоровья наравне с традиционными показателями;
- 3) единство психической и физической культуры: введение специальных коррекционных и интегрирующих психику занятий;
- 4) формирование кадров, проводящих программу укрепления психического и физического здоровья.

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ – раннее выявление начавших употреблять ПАВ и помощь пациентам во избежание развития у них зависимости от ПАВ, а также привлечение к лечению лиц, имеющих зависимость от ПАВ. Цель вторичной профилактики злоупотребления ПАВ – нормализация биологического, психологиче-

ского и социального статуса зависимого от ПАВ посредством дезактуализации наркологических расстройств.

Задачи вторичной профилактики:

1. Выявление пациентов, зависимых от ПАВ;
2. Диагностика причин, выраженности и последствий зависимости от ПАВ;
3. Реализация терапевтических мероприятий (детоксикация, неотложная помощь, дезактуализация наркозависимости на биологическом, психологическом и социальном уровнях функционирования пациента, лечение сопутствующей патологии).

Симптомокомплекс зависимости от ПАВ есть стержень наркологического заболевания, объединяющий разрозненные эпизоды злоупотребления ПАВ и, одновременно — основная мишень терапии зависимости от ПАВ.

Главным условием успешности вторичной профилактики является ее своевременность. Лечение зависимости от ПАВ в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом носит симптоматический характер.

Процесс лечения зависимости от ПАВ условно делится на три этапа. Начальный этап направлен на прерывание употребления ПАВ, купирование проявлений абстинентного синдрома, нормализацию психического, соматического и неврологического состояния. На следующем этапе происходит подавление патологического влечения к ПАВ. И третий этап направлен на предотвращение рецидива заболевания.

Принципы лечения зависимости от ПАВ: непрерывность и длительность, индивидуализация, комплексность, этапность и преемственность терапевтических воздействий, ориентация на полное воздержание от ПАВ.

Психотерапия зависимости от ПАВ может использоваться как общее вспомогательное средство, на фоне которого используются другие методы лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое и

др.), и как набор специальных методик (частная психотерапия) – использование определенных методов для лечения заболевания. В этом случае психотерапия используется как главный метод лечения или в комплексе другими видами лечения. Психотерапия представляет комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Наиболее часто используются такие психотерапевтические методики: индивидуальная рациональная психотерапия, групповая психотерапия, психическая саморегуляция, гипноз, аутогенная тренировка, игровая психотерапия, психотерапия творчеством, эмоционально-стрессовая психотерапия. Психотерапевтические методы, применяемые для лечения пациентов с зависимостью от ПАВ, условно делятся на методы манипулятивной стратегии, методы, развивающие личность, и синтетические методы.

Третичная профилактика злоупотребления ПАВ – направлена на достижение и сохранение уровня индивидуального функционирования и социализации, раннее восстановление сети общественных связей, а также организацию эффективных последующих программ. Она включает в себя диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия.

Цель третичной профилактики злоупотребления ПАВ – восстановление нормативного медицинского, психологического и социального статуса, позволяющего ресоциализироваться на основе отказа от ПАВ.

Задачи третичной профилактики:

1. Формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе;
2. Дезактуализация синдрома зависимости от ПАВ;
3. Компенсация медицинских последствий употребления ПАВ;

4. Компенсация личностных нарушений, стимуляция личностного роста;
5. Формирование нормативного взаимодействия со значимыми другими лицами;
6. Восстановление профессиональной квалификации и трудовой занятости.

Принципы реабилитации: добровольность, ответственность, системность, этапность, дифференцированность, опора на социально приемлемые нормы и ценности, отказ от употребления ПАВ. Основные компоненты реабилитации: организация реабилитационной среды, психокоррекционный, воспитательный, образовательный, социотерапевтический и медицинский компоненты.

Для реализации основного компонента реабилитационной работы -организации реабилитационной среды следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: комфортные бытовые условия, терапевтический режим, распорядок и динамический стереотип организации реабилитационной среды, обратную связь, форматы и этапы реабилитации, вопросы мотивации (стимулы), самоорганизация.

Психокоррекционный компонент реабилитационной работы может быть реализован в форме таких инструментов воздействия (субкомпонентов), как индивидуальная и групповая психотерапия. Кроме того, важным составляющим психокоррекционного компонента реабилитационной работы являются самокоррекция и так называемая «интерфаза» (промежуток между психокоррекционными сессиями).

Для реализации воспитательного компонента реабилитационной работы следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: мобилизация нормативного личностного потенциала пациентов, мобилизация нормативного личностного потенциала персонала реабилитационного учреждения, эмпатия, нормативная ор-

ганизация досуга и выбор хобби, саморегуляция, самоорганизация, самовоспитание и самопознание.

Для реализации образовательного компонента реабилитационной работы следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: диагностика образовательного уровня, оптимизация способностей к обучению и самообразованию, оптимизация образовательных нагрузок и профессиональная ориентация, мотивирование к получению образования, оптимизация образовательного потенциала педагогов и персонала реабилитационного учреждения.

Для реализации социотерапевтического компонента реабилитационной работы следует использовать такие инструменты воздействия (субкомпоненты), как: тренинг социальных навыков, социально-психологический тренинг, организация социотерапевтического воздействия специалистом социальной работы, семейная реабилитация.

Медицинский компонент в процессе реабилитационной работы должен быть направлен на профилактику срывов и рецидивов, дезактуализацию патологического влечения к психоактивным веществам, нормализацию соматического статуса, нормализацию неврологического статуса, нормализацию психического статуса, в том числе коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, коррекцию поведения и восстановление нарушенных функций.

Основным видом организации реабилитации является терапевтическое сообщество. Основная задача функционирования терапевтического сообщества – полное изменение стиля жизни, то есть не только отказ от употребления ПАВ, но и устранение девиантного поведения, формирование новых ценностных ориентиров, развитие позитивных знаний, умений и навыков.

Проблема употребления ПАВ – это, в первую очередь, проблема микросоциального окружения. В процессе консультирования и лечения наркологических больных следует учитывать специфическую динамику семейного функционирования. В структуре дисфункцио-

нальных семейных взаимоотношений при наркологических заболеваниях, можно выделить четыре фазы семейного реагирования на употребление психоактивных веществ: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная.

Первая фаза - аффективная. Социально-психологические особенности этой фазы связаны с тем, что родственники достаточно осведомлены о драматичности взаимоотношений человека с психоактивными веществами. Однако существует дефицит достоверной информации о том, как действовать в подобной ситуации. Отношение к пациентам в этой фазе представляют собой сменяющие друг друга, а то и существующие вместе, чувство вины, возмущения, ненависти, жалости, ощущение собственного бессилия. Наиболее акцентировано данная фаза проявляется у родственников больных наркоманией. Если принять во внимание максимальную стигматизируемость общественным сознанием наркоманов, низкую эффективность лечения этих больных, криминогенность деятельности, связанной с наркотическими средствами, возможные девиации внутрисемейного и общественного поведения и тому подобные негативные аспекты проблемы, становится закономерным, что у родителей возникает сильный стресс. По сути, в ответ на известие о наркотизации ребенка у родителей развивается реакция по типу эмоционального шока.

Вторая фаза - гиперконтроль. Для этой фазы типично стремление родственников к установлению максимального контроля пациента, за его контактами. При этом они зачастую не в состоянии реально оценить болезненный характер интернальной мотивации на употребление психоактивных веществ. Родственники вытесняют большую часть поступающей новой информации, если она не соответствует их взглядам и установкам, так как оказываются неспособны к адекватному восприятию реальной действительности. На некоторый период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. Следствием этого является усугубление семейной дисфункциональности,

наряду с этим у пациента прогрессирует симптоматика зависимости от психоактивных веществ.

Третья фаза - экстернализация. В этой фазе пациент перестает скрывать свое злоупотребление психоактивными веществами, даёт неоднократные обещания прекратить употребление психоактивных веществ или бравирует пренебрежением требований родных. Родственники в такой ситуации начинают обвинять самих себя, друзей и знакомых, говорят о недостаточности наркологической помощи со стороны специализированных учреждений. При этом сам больной оказывается как бы вне осознанной родственниками ситуации. Его формальные попытки лечения и директивные заявления о желании прекратить злоупотреблять психоактивными веществами интериорируются родственниками. Это иногда приводит к парадоксальным поступкам. Посредством эмоционально-психологических манипуляций пациент вынуждает родных приобретать ему психоактивные вещества или давать деньги на их покупку.

Четвертая фаза – индифферентная. На этой фазе созависимые состояния принимают стереотипные, застывшие формы. Они включают повышенную склонность к аффектам, обвиняющим реакциям, выраженную фиксацию на семейной ситуации с уходом от обсуждения реальных проблем. Происходит фактический распад семьи как единого организма. Исходом индифферентной фазы могут быть либо разрыв внутрисемейных отношений при продолжающемся злоупотреблении психоактивными веществами пациентом, либо реинтеграция этих отношений при отказе больного от психоактивных веществ.

Выделенные инвариантные процессы определяются у большинства пациентов наркологического профиля, и их следует учитывать в качестве мишеней реабилитационных воздействий.

Успешность коррекции расстройств наркологического профиля возможна при бригадном методе оказания помощи – соучастию широкого круга специалистов в структуре мультидисциплинарной ко-

манды, то есть, необходима организация межведомственного взаимодействия в области решения проблемы зависимости от ПАВ.

Таким образом, качественная профессиональная деятельность в соответствии с конкретными целями и задачами является фундаментальной этической базой оказания медицинской помощи пациентам наркологического профиля. Принципиальная основа первичной профилактики злоупотребления ПАВ – это комплекс мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ. Вторичная профилактика в сфере наркологии призвана предупреждать прогрессирование зависимости от ПАВ и осложнений у лиц, употребляющих ПАВ. Третичная профилактика злоупотребления ПАВ (реабилитация) направлена на предотвращение срывов и рецидивов наркологического заболевания, способствует восстановлению личностного и социального статуса пациента, возвращению его в семью, образовательное учреждение, профессиональный коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Литература:

1. Бойко Ж.В. Этические основы социальной работы : учеб. пособие / Ж.В. Бойко. – Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2012. – 94 с.
2. Булатников А.Н. Функциональные компоненты этики профилактической деятельности в образовательной среде / Этические проблемы современной медицины: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции. 22 марта 2013г. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. – с.38-48.
3. Булатников А.Н. Проектно-экспериментальная деятельность в образовательной среде по профилактике формирования аддиктивного поведения. Методическое пособие. / А.Н. Булатников, В.В.Зарецкий – М.: 2010 – с. 22.
4. Булатников А.Н. Континуально-фазовая динамика родительской семьи при наркологических заболеваниях/ А.Н. Булатников - Журнал «Психотерапия» №12, 2013. – с.85-86.
5. Валентик Ю.В. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / Ю.В. Валентик, А.Н. Булатников - М: Изд. «Терра», 2004. – 164с.
6. Валентик Ю.В. Семейная реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / Ю.В. Валентик,

- А.Н. Булатников - М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. – 104с.
7. Валентик Ю.В. Психическое здоровье: норма и аддикция / Ю.В. Валентик, А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий. - Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25-26 сентября 2008 г. «Профилактика зависимостей в образовательной среде»./ Под редакцией А.К. Зиннурова. Казань: РИЦ «Школа», 2008. – с.25-30.
8. Валентик Ю.В. Медико-социальная работа в наркологии: учебно-методический комплекс / Ю.В. Валентик, Е.М. Новиков, А.Н. Булатников. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2008. – 148с.
9. Дифференциация программ реабилитации в различных возрастных группах несовершеннолетних и молодежи, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / Ю.В. Валентик [и др.] – М: Издательство ООО «Русь», 2003. – 162 с.
10. Зарецкий В.В. Профилактическая деятельность как фактор формирования здорового стиля жизни (Учебно-методическое пособие) / В.В.Зарецкий, А.Н. Булатников, Портянская Л.Л., Байдина В.А., Чигиринская Ю.В. - М.: Изд-во АКАДЕМИА, АПКиППРО, 2011. – 118с.
11. Зарецкий В.В. Методология профилактической работы среди детей и подростков (начало)/ В.В.Зарецкий, А.Н. Булатников - Журнал «Не будь зависимым» №8, 2013. – с.26-32.
12. Зарецкий В.В. Методология профилактической работы среди детей и подростков (продолжение)/ В.В.Зарецкий, А.Н. Булатников - Журнал «Не будь зависимым» №9, 2013. – с.44-51.
13. Зарецкий В.В. Методология профилактической работы среди детей и подростков (окончание)/ В.В.Зарецкий, А.Н. Булатников - Журнал «Не будь зависимым» №10, 2013. – с.20-26.
14. Научно-методическое обеспечение стандарта первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних. Отчет по ведомственной научной программе «Развитие научного потенциала высшей школы». / Ю.В. Валентик [и др.] – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2005 г. – 276с.
15. Новиков Е.М. Компоненты организации системы медико-социальной реабилитации при наркологических расстройствах / Материалы научно-практической конференции «Приоритетные вопросы наркологической помощи в условиях модернизации здравоохранения в системе последипломного образо-

вания специалистов психиатров-наркологов» // Е.М. Новиков, А.Н. Булатников. – Москва: ННЦН – 2012. – с.48-49.

16. Цикл повышения квалификации (тематическое усовершенствование) врачей по теме «Профилактика наркологических расстройств» разработан на основе дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации (тематическое усовершенствование) врачей по специальности «психиатрия-наркология»: учебно-методическое пособие / Е.А. Брюн, Е.М. Новиков, А.Н. Булатников ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, – 2014. – 416 с.

17. Философия и этика: Сборник научных трудов; К 70-летию академика А.А. Гусейнова / Отв. ред. Апресян Р.Г. - М.: Альфа-М, 2009. - 800 с.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЖАЛОБ И ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Громова Л.А.

Министерство здравоохранения Архангельской области

Обращения и жалобы, являющиеся неотъемлемым атрибутом нашей жизни, разнообразны по своей форме, как сегодня, так и в историческом аспекте. Право на обращение гражданина в государственные органы закреплено в Конституции Российской Федерации, и это право надо соблюдать и защищать, как являющееся одной из форм свободы мнений и свободы слова.

Работа по обеспечению своевременного и полного рассмотрения, как устных, так и письменных обращений граждан, является важнейшей функцией исполнительных органов государственной власти, к которым также относится министерство здравоохранения Архангельской области. Цель проводимой работы - увидеть проблему, проанализировать ее и принять соответствующие меры.

За 2014 год в министерство здравоохранения Архангельской области поступило 1409 письменных обращений. Большая часть из них от граждан, проживающих на территории г. Архангельска (47,5 %), самый низкий процент обращений граждан из Лешуконского и Виле-

годского районов (по 0,1%). С учетом того, что в городах и районах Архангельской области плотность населения различна, учитывается также и относительный показатель обращаемости. В целом по области он составил 11,8 обращений на 10 тысяч населения. Диапазон значений данного показателя в зависимости от районов Архангельской области составил от 2,1 (Шенкурский район) до 18,7 (г. Архангельск).

Показатели числа письменных обращений граждан являются важным критерием общественного здоровья, характеризуют уровень социально-экономического развития общества, качества проводимых профилактических мероприятий и зависят не только от органов управления здравоохранением, но и от надлежащего исполнения органами местного самоуправления обязанностей социально-экономического характера.

Очевидно, что качество и доступность медицинской помощи населению может быть намного выше за счет реализации системных мер, принимаемых непосредственно на уровне муниципальных образований. При разработке областного закона от 18 марта 2013 года № 629-38-ОЗ «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» были четко установлены критерии определения условий для оказания медицинской помощи, при этом именно органы местного самоуправления имеют полномочия по созданию таких условий.

Для актуализации работы в данном направлении проводится мониторинг сложившейся ситуации во всех муниципальных образованиях. По результатам составляются рейтинги, которые доводятся до руководящего состава муниципальных образований Архангельской области.

Тематика и количество обращений, поступивших в министерство здравоохранения Архангельской области в 2014 году, позволили определить их по следующим категориям и в следующем процентном соотношении:

- жалобы на работу медицинских учреждений и медицинских работников – 41,0%;
- вопросы лечения и оказания медицинской помощи – 13,4%;
- вопросы лекарственного обеспечения -13,4%;
- вопросы кадрового обеспечения, увеличения заработной платы, социального обеспечения работников – 6,3%;
- вопросы, касающиеся детской медицины, сокращения младенческой смертности – 5,8%;
- вопросы оказания высокотехнологической медицинской помощи – 3,6%.

Как и в предыдущие годы, проведенный анализ жалоб и обращений выявил, что их подавляющее большинство возникает из-за эмоциональной неудовлетворенности больных, связанной с неумением медицинских работников конструктивно общаться с пациентами, нарушения принципов медицинской этики и деонтологии.

Основные типы неэффективного общения и нарушения принципов медицинской этики и деонтологии в процессе взаимодействия сторон проиллюстрированы следующими примерами. Приведем некоторые цитаты из обращений:

«Я обратился с просьбой исправить больничный к заместителю главного врача, однако мне было отказано, при этом заместитель главного врача вел себя грубо и высокомерно».

«Вызывали скорую помощь маме. Первый раз отказ, на второй вызов приехали – нагрубил и нахамил, довели до слез инвалида».

«Ребенок потерял сознание, у него усилились судороги. Бригада скорой помощи приехала быстро, но реальной помощи фельдшер не оказала, заявив, что ничем помочь не может, что ребенок умирает и если родственники желают, то сделает «хотя бы укол преднизолона». Что мы все испытали в этот момент – просто не передать словами. Шок! Безумие! Слезы! Безысходность!».

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что в медицинской профессии такие общечеловеческие нормы общения, как умение ува-

жать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного, правильное и доступное построение речи приобретают особое значение.

Любому работнику медицинской сферы должны быть присущи такие качества, как сострадание, доброта, чуткость и отзывчивость, забота и внимательное отношение к больному. Большое значение имеет умение владеть словом, что подразумевает не только культуру речи, но и чувство такта, умение поднять больному настроение, не ранить его неосторожным высказыванием. Особая роль принадлежит медицинским регистраторам, которые, как правило, первые взаимодействуют с больным, а значит, и создают первое впечатление о медицинской организации в целом. Чрезвычайно важно, чтобы этот первый контакт основывался на принципах доброжелательности, позитивности. Изначально неправильно заданный тон в общении с человеком может спровоцировать его защитно-оборонительную реакцию. К сожалению, подобные случаи встречаются. Приведем цитаты из обращений пациентов.

«Хочу обратить особое внимание на то, что работники БЕС-платной регистратуры хамили не только мне, но и женщине стоявшей следующей за мной, постоянно «футболили» от одного к другому окошку».

«Специалист регистратуры разговаривал очень грубо, не хотел записывать ребенка на прием, отправляя записываться по месту жительства. После настоятельной просьбы моей жены все-таки записать ребенка к стоматологу, нас записали со словами – «На осмотр запишем, но лечить мы Вас не будем».

Такие случаи практически сводят на нет все усилия, направленные на оказание качественной медицинской помощи, предпринимаемые как самим лечащим врачом, руководством медицинской организации, так и министерством здравоохранения Архангельской области. Даже если медицинская помощь оказана на самом высоком уровне, нарушение принципов медицинской этики и деонтологии в виде не-

надлежащего обращения с пациентами препятствует адекватному восприятию полученной услуги.

Данную позицию подтверждают исследования удовлетворенности качеством медицинской помощи, проведенные Государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации» в 2012 году. М.Г. Дьячкова, А.М. Вязьмин и соавторы пишут: «Недоброжелательность медицинского персонала является одним из ведущих критериев, непосредственно влияющим на целостную оценку качества медицинской помощи пациентов. Пациенты чаще испытывают недоброжелательность со стороны тех медиков, с которыми они чаще контактируют при посещении поликлиник: работниками регистратуры и лечащими врачами. Недоброжелательность со стороны врачей увеличивает шансы быть неудовлетворенными качеством амбулаторной помощи в 5 раз! Недоброжелательность со стороны работников регистратуры увеличивает шансы быть неудовлетворенными в 2,7 раза».

В целях повышения удовлетворенности пациентов и снижения количества поступающих жалоб министерством здравоохранения Архангельской области предпринимаются следующие меры. В медицинских организациях создаются этические комиссии для решения вопросов, касающихся соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии. Проводится обучение медицинских работников основам конфликтологии, семинары и конференции. Так, например, под эгидой министерства здравоохранения Архангельской области прошла научно-практическая конференция «Современные направления деятельности по повышению удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг». Внедряются в практику занятия медицинских работников с психологами, в том числе для профилактики синдрома профессионального выгорания.

Максимальная приближенность администрации медицинских организаций к гражданам обеспечивается путем:

- организации еженедельных приемов по личным вопросам руководителями медицинских организаций и их заместителями в удобное для граждан время;
- проведения еженедельных обходов отделений администрацией медицинской организации;
- приглашения руководителей медицинских организаций и их заместителей на приемы министра в приемную Губернатора Архангельской области и приемы министра по скользящему графику.

В перечень критериев для оценки эффективности деятельности медицинских работников медицинских организаций Архангельской области включен такой критерий, как отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество медицинской помощи.

Проводится работа по повышению информированности граждан. Очевидно, что определенная часть обращений граждан связана с недостаточным информированием об их правах. Доступность информации в медицинских организациях обеспечивается путем ее размещения на информационные стендах, в брошюрах, в средствах массовой информации.

Посредством официального сайта министерства здравоохранения Архангельской области в информационно-коммуникационной сети «Интернет» (www.minzdrav29.ru - www.минздрав29.рф) реализована форма обратной связи, осуществляется информирование граждан о значимых событиях в сфере здравоохранения путем обновления новостной ленты в ежедневном режиме. Популярность сайта – около 15000 тысяч посещений в месяц.

Проводимая министерством здравоохранения Архангельской области работа приносит свои результаты. Количество жалоб, в том числе связанных с нарушением принципов медицинской этики и деонтологии, поступивших в 2014 году, по сравнению с 2013 годом снизилось на 7%.

СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВОВЫХ И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ПРИ ОКАЗАНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А.

**Архангельский областной психоневрологический диспансер,
Северный государственный медицинский университет, Архангельск
Северный (Арктический) федеральный университет им.
М.В. Ломоносова, Архангельск**

Категория несовершеннолетних граждан относится к наименее адаптированным и социально незащищенным группам и несут на себе отпечаток общей социальной неопределенности [2]. Именно поэтому на первый план в ряду глубинных медико-социальных вопросов выдвигаются проблемы потребления подростками психоактивных веществ (ПАВ) и, как следствие, соблюдение правовых и этических норм при оказании им медицинской наркологической, в том числе превентивной помощи.

Профилактические мероприятия способны эффективно противостоять распространению наркологических расстройств [1, 4]. Специфической группой в качестве объекта профилактики в наркологии являются подростки, в связи с началом употребления ПАВ именно в этом возрастном периоде.

Несмотря на существующие категории профилактики – психосоциальные развивающие вмешательства, образовательные интервенции, скрининг, краткосрочные программы вмешательства в медицинских учреждениях [3, 5], на сегодняшний день, взгляды на этические аспекты профилактической деятельности, а так же на распределение ответственности отдельных специалистов – субъектов профилактической работы (педагогов, социальных работников, медицинских работников, психологов, работников правоохранительных органов) достаточно противоречивы. В ряде случаев их взаимодействие является недостаточно эффективным и ограничивается контактами в период критических ситуаций, создающих угрозу здоровью человека или общественному порядку. При этом со стороны родителей и спе-

циалистов сохраняется страх перед решением проблем, связанными с употреблением детьми ПАВ с ярко выраженной тенденцией дистанцирования от них. До настоящего времени остаются противоречия между необходимостью координации усилий различных ведомств (здравоохранения, образования, правоохранительных органов и др.) и существующей разобщенностью в их деятельности по профилактике зависимости у детей и подростков.

Целью настоящего исследования явился теоретический анализ проблемы соблюдения правовых и этических норм при оказании наркологической помощи несовершеннолетним

Субъекты межведомственной профилактической работы определены действующими законодательными актами. Так, 09 июня 2010 г. президент РФ Указом № 690 утвердил Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., где говорится о «...необходимости принятия комплексных и сбалансированных мер для снижения немедицинского потребления наркотиков и последствий их потребления...» и регламентируется участие различных ведомств в предупреждении наркологических расстройств у несовершеннолетних.

Основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с деятельностью по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, в том числе, употребляющих наркотические средства, психотропные вещества и алкогольные напитки устанавливает Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Закон определяет условия такого этического компонента, как обмен информацией между органами и учреждениями системы профилактики. Так, органы управления здравоохранением информируются в случае выявления несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением ПАВ. В свою очередь, медицинские организации информируют органы системы профилактики в правовых рамках врачебной

тайны в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323). В Архангельской области информация поступает в ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» (далее АПНД). В других муниципальных образованиях информация направляется в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «наркология».

Одним из приоритетных видов профилактической работы в РФ является раннее выявление потребителей ПАВ. Этот вид профилактики утвержден Федеральным Законом № 120 от 7 июня 2013 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ». В Федеральный закон от 08 января 1998 г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» добавлена VI гл., 53 ст. которой полностью посвящена вопросам раннего выявления, как одной из форм профилактики. В Архангельской области 16 декабря 2013 г. подписано соглашение № 06/01-16/829 «О проведении добровольного тестирования обучающихся, осваивающих образовательные программы основного общего, среднего общего, среднего профессионального и высшего образования, на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ». В соглашении определены этапы тестирования, отражены принципы и зоны ответственности. Этическими основами процедур раннего выявления потребителей ПАВ являются: письменное информированное согласие обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, либо одного из родителей или иного законного представителя обучающихся, не достигших пятнадцати лет; обеспечение конфиденциальности сведений, полученных в результате проведения социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров; мотивация на обращение за медицинской наркологической помощью в слу-

чае выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Одним из наиболее важных этических и правовых векторов оказания медицинской наркологической, в том числе превентивной, помощи несовершеннолетним остается вопрос добровольности. Практика показывает, что именно право несовершеннолетних пациентов на информированное добровольное согласие волнует, как родителей, так и специалистов субъектов профилактической деятельности при мотивировании на обращение к врачу психиатру-наркологу. Ст. 20 и 54 ФЗ-323 дают развернутый ответ на вопрос о добровольности. Так, в соответствии с п.2 ст. 54 ФЗ-323, информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе и профилактические медицинские осмотры в ходе раннего выявления потребителей наркотических веществ дают сами несовершеннолетние граждане, достигшие пятнадцатилетнего возраста, а если несовершеннолетний болен наркоманией, то информированное добровольное согласие дается при достижении шестнадцати лет. Исключение составляют случаи, описанные в ч.2 ст.20 ФЗ-323, где указывается, что информированное согласие в отношении несовершеннолетнего до 18 лет, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи, а также при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего до 18 лет в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения дает один из родителей или иной законный представитель.

Практически ориентированным региональным документом для медицинских работников первичного и специализированного уровня, определяющим механизмы работы с несовершеннолетним, в отношении которого установлен факт употребления ПАВ является распоряжение министерства здравоохранения от 05.06.2014 г. №269-рд «О методических материалах по работе с несовершеннолетними употребляющими ПАВ». В данном документе помимо правовой основы, определены схемы профилактической работы, оказания наркологиче-

ской помощи, взаимодействия наркологической службы с медицинскими организациями и информирования при выявлении потребителей ПАВ. Кроме того, в методических материалах утвержден алгоритм действий медицинских работников при выявлении несовершеннолетних, употребляющих ПАВ.

Таким образом, организация наркологической помощи несовершеннолетним требует учета правовых и этических норм при решении проблем ранней диагностики и превентивных наркологических вмешательств для получения благоприятных качественных медико-социальных результатов. В тоже время, проблема соблюдения правовых и этических норм при оказании наркологической помощи несовершеннолетним далека от решения, и требует дальнейшего совершенствования в законодательном и организационном планах.

Список литературы

1. Брюн Е.А. Основы организации наркологической помощи// Наркология. 2010. № 4. С. 7-10.
2. Жилиев А.Г., Палачева Т.И. Наркотизация как социальная и психологическая проблема // Казанский педагогический журнал. 2010. №2. С. 123-133.
3. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия». 2009. 176 с.
4. Jessor, R Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health. 2012. Lancet P. 597-605.
5. Strang John, Babor Thomas, Caulkins Jonathan et all. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. Lancet. 2012. 379 p.

ЗНАЧЕНИЕ ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМРАО

Иванова З.К., Колобова Ю.Ю.

АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Историю того, как разрабатывался и внедрялся в нашей стране и в нашем регионе Этический кодекс медицинской сестры России на различных конференциях представляли президент Российской Ассо-

циации медицинских сестер (РАМС) В.А. Саркисова и президент Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) А.В. Андреева [1]. Их сообщения на российских и международных форумах по этическим и историческим вопросам сестринского дела неизменно вызывают большой интерес. И это неслучайно, ведь архангельские медицинские сестры принимают активнейшее участие в тиражировании информации об этическом кодексе и его внедрении, начиная с 1996 г., когда на III Всероссийской конференции по сестринскому делу была принята первая редакция Этического кодекса. В этой работе была задействована Р.Л. Грошева – президент Ассоциации медицинских сестер Архангельской области (АМСАО, в настоящее время - АМРАО), тесно сотрудничающая с европейскими сестрами. Помощь зарубежных коллег была основана на эффективной сестринской деятельности в составе этических комитетов, важнейшими составляющими Кодекса стали знания, полученные в результате сотрудничества РАМС с Международным Советом медицинских сестер [2].

В 1998 г. в Архангельской государственной медицинской академии (АГМА, ныне - Северный государственный медицинский университет, СГМУ) члены правления АМСАО впервые встретились со студентами факультета высшего сестринского образования, которые активно подключились к исследованиям по этике в сестринском деле разных специальностей. Началось исследование по истории сестринского дела на Европейском Севере России, ставшее связующим звеном для нескольких последующих исследований, в т.ч. по этико – правовым вопросам.

В 1998 – 2000 гг. была растиражирована брошюра «Этический кодекс медицинской сестры России» в Архангельской области [3]. Дальнейшая необходимость пересмотра отдельных положений Кодекса была вызвана как развитием медицинской науки и технологий, так и интенсивностью сестринской практики, изменением общественных ценностей и взглядов.

В 2006 г. на базе Центра повышения квалификации медицинских работников Архангельской области началось чтение лекций по этике на всех циклах для медсестер, акушерок, фельдшеров и других специалистов. При поддержке руководства центра исполнительный директор АМСАО Е.В. Палатина расширила видение медицинскими работниками этических вопросов. Это стало настоящим прорывом по внедрению Кодекса и положительно сказалось на развитии ассоциации, получившей разрешение РАМС на переиздание, что позволило более широко использовать его в учебном процессе.

В тот же период расширились границы международного сотрудничества. В начале 2007 г. в партнерстве с СГМУ впервые был проведен первый Российско-американский семинар, посвященный сестринским исследованиям. Большое внимание американские коллеги уделили этическим проблемам сестринских исследований, в результате чего член правления АМСАО Н.А. Червина представила доклад о реализации проекта «Научные исследования в сестринском деле в Архангельской области» на международном форуме в Индианаполисе (США).

В 2008 г. стартовал образовательный российско-норвежский проект «Лидерство и менеджмент в условиях изменения системы здравоохранения на Северо-Западе России. Сертификационная программа для главных и старших медсестер». Проект стал чрезвычайно популярным и получил высокую оценку медицинских сестер, многие из которых отразили разнообразные этические проблемы, используя Кодекс в написании курсовых работ и представив доклады на всероссийском съезде средних медицинских работников в Санкт-Петербурге, где в рамках секции по этике впервые был сформулирован тезис о необходимости пересмотра действовавшей редакции Кодекса.

Предложения и дополнения членов региональных ассоциаций, в т.ч. и архангельской, были учтены при подготовке новой редакции Этического кодекса медицинской сестры России, что было одобрено

Всероссийской конференцией РАМС в 2010 г. Составителями стали д.ф.н., к.м.н. А.Я. Иванюшкин и зам. директора Санкт-Петербургского медико-технического колледжа ФМБА России В.В. Самойленко. Первый рецензент нового кодекса – д.м.н., проф. Г.М. Перфильева, являющаяся одним из пионеров развития сестринского дела в современной России, поддержала инициативу АМСАО по внедрению Кодекса в сестринскую практику в Архангельской области.

Новый Кодекс, как и предыдущий, не устанавливая жестких правовых норм, определяет и формулирует базовые этические ценности сестринского сообщества России. Его положения дополнены моральной оценкой наиболее острых этических конфликтов сегодняшнего дня. Как и прежде высшей ценностью сестринской работы обозначены служение людям, верность принципам милосердия и наивысший приоритет интересов пациента.

За прошедший период Этический Кодекс медицинской сестры России вошел в практику, сестринское дело закрепило свои позиции, как практическая и научная дисциплина, как основа клинической практики более чем миллиона медицинских сестер нашей страны. В Архангельской области появились медицинские сестры, имеющие ученую степень. И все это потому, что Кодекс стал частью сестринской профессии. Принимая во внимание важную роль профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, РАМС приняла Этический кодекс в новой редакции [4].

В Архангельске презентацию нового издания Кодекса провели члены правления АМРАО в 2011-2012 гг. В их сообщениях на конференциях и семинарах акцент был сделан на этических принципах в сестринском деле и здравоохранении. Члены АМСАО – АМРАО с каждым годом все шире представляют результаты исследований на

российских и международных конференциях, участвуют и побеждают в профессиональных конкурсах, выигрывают гранты. При этом этическое направление остается одним из приоритетных в дальнейшей деятельности.

Основы деятельности ассоциации по развитию Этического кодекса медицинской сестры России заложены с момента создания организации и успешно продолжают развиваться. В настоящее время в АМРАО активизировалось сотрудничество с Архангельской и Холмогорской Митрополией. Развивается взаимодействие с благотворительными фондами и организациями, деятельность которых не противоречит Этическому кодексу. Результаты исследований члены АМРАО представляют на многочисленных форумах, в т.ч. на конференциях в СГМУ. Многие этические вопросы рассматриваются на ежегодной конференции, посвященной Иконе Божией Матери «Млекопитательница», которую АМРАО в содружестве с кафедрой неонатологии и перинатологии проводит уже в течение 15 лет. Такое сотрудничество позволяет расширить границы от регионального до международного, что немаловажно для обмена опытом.

Литература:

1. Андреева А.В. Из истории этического кодекса медицинской сестры России и АМРАО / Этические проблемы современной медицины: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции. 22 марта 2013г. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. С. 13.
2. Саркисова В.А. Страницы истории ООО «Ассоциация медицинских сестер России». – Санкт – Петербург, 2012. – 220 с.
3. Этический кодекс медицинской сестры России. – Санкт- Петербург, 1998.
4. Этический кодекс медицинской сестры России. – Санкт- Петербург, 2010.

РОЛЬ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ВРАЧА

Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

«Профессия врач – это подвиг, она требует самоутверждения, чистоты души и чистоты помыслов» (А.П. Чехов)

Ценностные ориентации – оценочное отношение личности к совокупности материальных и духовных благ, которые рассматриваются как цели и средства удовлетворения потребностей, выражаются в идеалах, личностном смысле жизни и проявляются в поведении личности. В социологии ценностные ориентации изучаются как регуляторы социального поведения социальных объектов, выражаются в целостности поведения в различных сферах деятельности.

Ценностные ориентации самостоятельны и устойчивы, являются важнейшим компонентом структуры личности, выполняют функции регуляторов поведения и проявляются во всех областях человеческой деятельности. Ценностные ориентации имеют двойственный характер: с одной стороны они социальные, поскольку исторически и культурно обусловлены, с другой стороны они индивидуальные, поскольку в них сосредоточен жизненный опыт субъекта, а ценности конкретной личности формируются под влиянием социальной среды.

Особенно важным вопрос формирования ценностных ориентаций является в медицинском образовании. На протяжении многовековой истории медицины личность врача всегда имела большое значение, однако в последнее время она уходит в тень бурно развивающихся медицинских технологий.

Профессиональное становление врача необходимо рассматривать как процесс, включающий формирование знаний, умений и навыков, а также профессионально значимых личностных качеств. При этом очень важным представляется тот факт, что формируемые в процессе обучения профессиональные знания, умения и навыки

должны быть опосредованы деонтологическими и этическими нормами.

Именно на формирование личности специалиста в единстве его теоретических знаний, практической подготовленности, способности и высокой мотивации к осуществлению всех видов профессиональной и социальной деятельности ориентирован компетентностный подход в высшем профессиональном образовании. Новый федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности Педиатрия, утвержденный приказом Минобрнауки РФ от 08.11.2010 № 1122, требует от специалиста овладения 12 общекультурными и 32 профессиональными компетенциями. И если профессиональные компетенции могут быть недолговечными (в силу появления результатов современных молекулярно-генетических исследований, активного внедрения новых медицинских технологий и пр.), то общекультурные компетенции носят более устойчивый характер. Базовые компетенции человек пронесит через всю жизнь, они становятся основой для формирования нового профессионального облика и профессиональной мобильности специалиста.

Процесс подготовки врачей-педиатров в интернатуре и ординатуре имеет свои особенности, обусловленные тем, что у обучающихся уже имеется определенный уровень профессиональных знаний, однако во время обучения идет процесс формирования практических навыков, а также становление мировоззрения и личностных качеств. Проведенное в 2013 году анкетирование интернов и ординаторов показало неоднородность интерпретации этических понятий, отсутствие сформированных этических принципов.

Во время внедрения нового федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования на кафедре поликлинической и социальной педиатрии Северного государственного медицинского университета (зав. кафедрой проф. Л.И. Меньшикова) были проанализированы основные общекультурные

компетенции, которые необходимо сформировать в процессе обучения в клинической интернатуре и ординатуре: способность и готовность анализировать социально и личностно значимые проблемы, процессы и события; способность и готовность к уважительному отношению к историческому наследию и традициям; способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности. Важной составляющей подготовки будущего врача являются способность и готовность соблюдать правила врачебной этики, сохранять врачебную тайну.

По нашему мнению, проблема формирования общекультурных компетенций при подготовке врачей-педиатров должна решаться комплексно. Большое значение играют содержание учебных программ, методика преподавания дисциплины, использование активных форм обучения, а также научная деятельность обучающихся.

Учебные программы интернатуры и ординатуры должны предусматривать изучение вопросов этики и деонтологии, правовой ответственности, основ законодательства в области здравоохранения, необходимых для формирования ценностных ориентаций врача.

Преподаватель высшей школы, его система ценностей должны являться основой формирования как профессиональных, так и общекультурных компетенций у обучающихся. Эффективно зарекомендовало себя использование во время лекций, семинаров и практических занятий примеров из жизни деятелей истории и культуры, цитирование классиков литературы, демонстрация картин и т.д.

Особую значимость при подготовке специалиста имеет применение активных методов познания, которые позволяют развить умение выстраивать отношения врачей-педиатров как с пациентом и его родителями, так и с коллегами-врачами, средним и младшим медицинским персоналом. Именно при использовании активных форм обучения (деловые игры, кейс-методики и т.п.) развивается творче-

ская активность обучающихся, происходит становление организаторских навыков, формируется умение применять профессиональные знания, развиваются коммуникативные способности.

Вовлечение интернов и ординаторов в исследовательскую деятельность, формирование индивидуальной образовательной траектории является одной из основных задач профессорско-преподавательского коллектива кафедры. Каждый интерн и ординатор кафедры выполняет в течение периода обучения курсовую научно-исследовательскую работу, в ходе которой превращается из пассивного потребителя знаний в активного участника образовательного процесса.

Практика показывает, что если во время обучения интерн или ординатор научится самостоятельно приобретать и интерпретировать новые знания, то и в будущей профессиональной деятельности он будет стремиться к постоянному самосовершенствованию и творческому поиску. Такой подход позволяет сохранить отечественные научные школы, но при этом сформировать новое поколение исследователей, ориентированных на потребности современной медицины.

Таким образом, формирование общекультурных компетенций выступает важным системообразующим фактором профессиональной подготовки будущего специалиста и составляет необходимую основу формирования личности врача. Клиническое мышление, культурная и философская образованность, гуманистическое мировоззрение и человеколюбие позволят врачу избежать участи диспетчера в современном медицинском механизме.

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ У
КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.

Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел, г. Киров

Кировская государственная медицинская академия

Институт психического здоровья Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск

На сегодняшний день одной из актуальных проблем ведомственной психиатрии является совершенствование всех звеньев медико-психологического обеспечения личного состава органов внутренних дел: профессионального отбора, медико-психологического сопровождения (коррекция и реабилитация) [4]. Это, в первую очередь, обусловлено важностью психопрофилактики различных форм аддиктивного поведения у полицейских (в том числе употребления наркотических и психоактивных веществ, злоупотребления алкоголем).

Улучшение эффективности деятельности правоохранительных органов невозможно без совершенствования подходов к профессиональному психологическому отбору и медико-психологическому сопровождению состава органов внутренних дел [3]. Для решения данной задачи в директиве Министра внутренних дел «О приоритетных направлениях деятельности органов внутренних дел Российской Федерации и внутренних войск МВД России в 2014 году» было регламентировано внедрение единой системы непрерывной оценки поведения сотрудников по критически важным показателям личностной профессиональной и функциональной надежности [2].

Цель исследования - выявление психосоциальных факторов риска употребления наркотических средств и их аналогов у кандидатов на службу в органы внутренних дел Российской Федерации.

Материалы и методы. Было проведено сплошное исследование 1692 кандидатов, поступавших на службу в 2012 - 2014 годы. Все об-

следованные были подразделены на две группы по критерию наличия фактов употребления наркотических средств в анамнезе. Основная группа - 635 кандидатов, имеющих опыт употребления наркотических средств и их аналогов (ср. возраст $21,9 \pm 2,3$ лет), группа сравнения – 1057 чел., не употреблявших данные вещества (ср. возраст $23,9 \pm 2,1$ лет).

Обследование проводилось на базе Центра психофизиологической диагностики (ЦПД) МСЧ МВД России по Кировской области, для констатации фактов и частоты употребления наркотических веществ и их аналогов использовались данные скрининг-анкетирования, письменные объяснения и результаты специального психофизиологического исследования с применением полиграфного устройства (СПФИ).

Анамнестический метод включал сбор анамнеза, анализ протоколов обследования. Для экспериментально-психологического исследования применялась методика изучения акцентуаций и темперамента личности Леонгарда-Шмишека [1].

Статистическую обработку результатов исследования провели с использованием программы SPSS 13.0. Применяли метод вариационной статистики с вычислением среднего значения (M) и ошибки средней величины (m). Для парных сравнений использовали t -критерий Стьюдента для независимых групп.

Результаты и обсуждение. При анализе психосоциальных особенностей кандидатов на службу, употреблявших наркотики и их аналоги, достоверно чаще встречались следующие факторы: отягощенная наследственность по алкогольной зависимости; воспитание в неполной семье с авторитарным стилем воспитания; склонность к конфликтному реагированию в обыденных ситуациях; аутоагрессивные поступки (нанесение самоповреждений и суицидальные попытки) (табл. 1).

Таблица 1

Психосоциальные особенности кандидатов на службу в МВД
(основная группа и группа сравнения), %

Факторы	Основная группа		Группа сравнения	
	n =635	%	n=1057	%
В семейном анамнезе алкогольная зависимость	297	46,7**	304	28,8
Проблемы, связанные с обучением и грамотностью	21	3,3	29	2,7
Развод или смерть одного из родителей	112	17,6*	132	12,4
Авторитарный стиль воспитания	344	54,1**	297	28,1
Конфликтные формы разрешения межличностных проблем	104	16,4*	123	11,6
Участие в боевых действиях в период срочной службы в Российской Армии	27	4,3	45	4,3
В личном анамнезе самоповреждения	187	29,4**	38	3,6
В личном анамнезе суицидальные попытки	36	5,7*	11	1,1

Примечание: межгрупповые различия достоверны при * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$

При проведении экспериментально-психологического обследования по методике Леонгарда-Шмишека в основной группе было обнаружено преобладание тревожного и дистимического акцентуаций личности; отмечались подавленность настроения, склонность к дисфориям, недостаточность волевых усилий, пессимистичность, заниженная самооценка, ограниченная коммуникативность, немногословность, склонность к фиксации на негативных моментах, обидчивость, повышенный уровень тревожности. Вероятно, личностные особенности в совокупности с такими социальными факторами, как авторитарный стиль воспитания, воспитание в неполной семье, приводили не только к аутоагрессии, но и к желанию изменить свое состояние, в том числе и с помощью наркотических средств (табл. 2).

В группе сравнения наблюдалось существенное преобладание лиц с гипертимными чертами, повышенным настроением, общитель-

ностью, стремлением к лидерству, высокой самооценкой. Также встречались кандидаты с эмотивными чертами личности, такими, как чувствительность к средовым воздействиям, эмоциональность, отзывчивость, с обостренное чувство долга и высокая исполнительность (табл. 2).

Таблица №2

Профиль личностных акцентуаций у кандидатов на службу в МВД,
по методике Леонгарда-Шмишека ($M \pm m$) баллы
(основная группа и группа сравнения)

Типы акцентуаций	Основная группа n =635	Группа сравнения n =1057
Гипертимный	9,6±1,2**	19,3±1,9
Застревающий	8,7±3,1	9,5±1,1
Эмотивный	10,6±1,3*	16,3±1,5
Педантичный	9,7±1,	8,9±1,3
Тревожный	20,3±4,2**	7,7±1,2
Циклотимный	9,2±2,4	9,8±1,1
Демонстративный	8,3±2,2	7,9±4,3
Возбудимый	8,6±2,4	9,3±1,5
Дистимический	19,6±1,5**	9,2±1,5
Экзальтированный	6,3±1,1	6,8±1,5

Примечание: межгрупповые различия достоверны при * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$

Выводы. Социальными факторами риска, способствующими формированию деструктивного поведения с употреблением наркотиков, являются воспитание в неполной семье, отягощенная наследственность по алкогольной зависимости, авторитарный тип воспитания. Данные факты анамнеза у лиц дистимического и тревожного типа приводят к снижению уровня коммуникативности, повышают риск аутоагрессивного поведения и употребления наркотиков.

С учетом вышесказанного необходимо совершенствование организационных подходов к профотбору и медико-психологическому сопровождению в силовых структурах, с созданием Центров психического здоровья, что будет способствовать сохранению профессиональной и функциональной надежности сотрудников силовых структур и являться эффективным способом психопрофилактики деструктивного поведения.

Литература

1. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб. [и др.]: Питер, 2002. – 528 с.
2. Колокольцев В.А. О результатах и основных направлениях деятельности Министерства внутренних дел Российской Федерации / В.А.Колокольцев // Заседание коллегии Министерства внутренних дел Российской Федерации. www.rg.ru/2013/11/21/regmvd-dok.html
3. Морозов Д.В. Реализация концепции и медико-социальной реабилитации сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при исполнении служебных обязанностей [Текст] / Д.В.Морозов, С.В.Марков, Ю.В.Черный и др. // Мед. вестник МВД. – 2011. – № 3.– С.2–5.
4. Сидоренко В.А. Современная организация медико-психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации [Текст] / В.А.Сидоренко // Мед.вестник МВД. – 2014. – № 5. – С.4–6

ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Колесникова И.А., Кулакина С.И.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Школьная медицина занимает особое место в педиатрической практике как важный раздел медицинской профилактики. Основной контроль за состоянием здоровья учащихся общеобразовательных школ осуществляют медицинские работники школы – врач и средний медицинский персонал (фельдшер, медицинская сестра). Эти специалисты должны хорошо ориентироваться в вопросах педиатрии, гигиены детей и подростков, чтобы уметь не только оценить состояние здоровья школьников, но и осуществлять комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний учащихся [1].

Выявление как самых ранних отклонений в состоянии здоровья ребенка, так и вполне очерченных нозологических форм, а также их лечение и профилактика, немыслимы без знания физиологии растущего организма. Это особенно применимо к педиатрам, работающим с детьми школьного возраста. Педиатр, обслуживающий школьников, должен быть высококвалифицированным специалистом клинико-физиологического профиля, тесно связанным с клинико-поликлинической базой, способной обеспечить, помимо общепедиатрической, все виды специализированной помощи. Кроме того, такой специалист должен хорошо знать и понимать неповторимую и сугубо специфическую социальную среду, какой является школа, оставаясь одновременно педиатром-интернистом, наблюдающим и осуществляющим лечебно-профилактические мероприятия со школьниками, как здоровыми, так и больными, отвечающим за здоровье школьников и за своевременное направление нуждающихся к различным специалистам. В идеале школьный педиатр – это специалист, не покидающий ученика ни в период здоровья, ни в период болезни, совершенствующий функции его организма и осуществляющий систему профилактических мероприятий [2].

В современном мире, с учетом новейших достижений в области медицины, требования к школьному врачу, его квалификации и практическим навыкам продолжают возрастать. Знания и умения, полученные им в процессе практической работы, должны иметь достаточную теоретическую базу, выстроенную с учетом современных требований [3,5]. Регулярное повышение квалификации, различные совещания, тренинги, семинары и конференции должны освещать теоретические и практические вопросы, актуальные для школьного врача, чтобы помочь ему ориентироваться во всем многообразии проблем детского и подросткового здоровья. Особое внимание должно уделяться изучению так называемой «школьной патологии», связанной с влиянием на здоровье учащихся неблагоприятных факторов школьной среды [5].

Наряду с решением вопросов о формах работы и задачах школьного врача-педиатра требуют разрешения и вопросы более целесообразного построения работы среднего медицинского персонала школ – фельдшеров и медицинских сестер, первых помощников врача.

Следует отметить, что на фоне тотального дефицита медицинских кадров, врачей-педиатров в школьной медицине становится с каждым годом все меньше, и зачастую средний медицинский работник находится в школе в единственном числе, выполняя функции, выходящие далеко за рамки его служебных обязанностей. Почетное звание школьного врача сегодня с гордостью носят средние медицинские работники, осуществляя весь комплекс мероприятий по медицинскому обслуживанию учащихся.

Работа среднего медицинского персонала школы настолько многопланова, что не позволяет вычленить из всего многообразия функциональных обязанностей одно или несколько приоритетных направлений [4]. И все же, пожалуй, самая важная роль в работе отводится вакцинопрофилактике. Современный национальный календарь профилактических прививок сориентирован, в основном, на ранний и дошкольный возраст. На период обучения в школе выпадает, в соответствии с календарем, третья ревакцинация против дифтерии, столбняка и полиомиелита. Однако на практике, кроме плановых прививок, в школе приходится проводить вакцинацию детям, ранее имевшим медицинские противопоказания или отказы от прививок. Таких детей становится с каждым годом все больше, и эти ситуации требуют от медицинских работников значительных усилий и более тщательной подготовки при осуществлении индивидуального подхода к каждому ребенку, много времени уходит на разъяснительную работу с родителями. Кроме того, достаточно большой объем работы связан с ежегодной постановкой всем учащимся школы пробы Манту, и это также входит в обязанности школьной медсестры.

Обширный круг мероприятий, обязательных для ежедневного исполнения, требует от среднего медперсонала постоянного внима-

ния, четкости и педантичности, огромной работоспособности и аккуратности. Планирование текущей работы не всегда дает ожидаемые результаты, так как часто сопряжено в повседневной деятельности с неотложными ситуациями, требующими принятия срочных мер, связанных с оказанием первой помощи в случае травм или внезапных заболеваний. Медицинский работник школы всегда на переднем крае борьбы за здоровье, самостоятельно принимает решения в критических случаях. От его компетентности, умения быстро сориентироваться и решить проблему зависит здоровье, а порой и жизнь ребенка. Оказание первой помощи, направление заболевших в стационар или в поликлинику, подача экстренного извещения и контроль за выполнением всего комплекса противоэпидемических мероприятий в школе – это лишь небольшая часть повседневной работы фельдшера или медицинской сестры.

Многоплановая работа по медицинскому сопровождению школьников требует тесного взаимодействия медперсонала с администрацией школы, с педагогическим коллективом, со школьным психологом. Медицинский работник школы входит в состав педагогического совета с правом решающего голоса. Вопросы межведомственного взаимодействия решаются в повседневной деятельности и в период учебного времени, и в каникулярный период, и от того, насколько тесно это сотрудничество, зависит результативность выполнения текущих задач и долгосрочных проектов [3].

Эффективное выполнение медицинским персоналом работы в школе в полном объеме требует действенного руководства со стороны детской поликлиники, тесной связи со специалистами поликлиник, диспансеров, органами санэпиднадзора и с другими учреждениями, с педагогами и родителями. Родители современных школьников, к сожалению, не всегда имеют возможность, а порой и желание, вовремя выполнять рекомендации по динамическому наблюдению детей у специалистов и, зачастую забывая о том, что плановая медицинская помощь должна оказываться в поликлинике, возлагают эти

обязанности на медицинский персонал школы. Любое обращение ребенка в медицинский кабинет – это возможность получить консультацию и ответы на волнующие вопросы, а иногда и просто услышать слова поддержки и одобрения от взрослого, получить не только помощь, но и сочувствие и понимание. Поэтому медицинскому работнику школы приходится быть и педагогом, и психологом, и просто внимательным собеседником, способным слушать и сопереживать, ведь часто самое сокровенное дети доверяют не родителям, и даже не родственникам, а чужим людям.

Многие проблемы, с которыми в потоке повседневных забот сталкивается школьный медицинский работник, далеки от решения и не могут быть решены только в рамках школьной медицины. Нужны совместные усилия специалистов и здравоохранения и образования для обеспечения слаженной работы всех звеньев образовательного процесса, для эффективного использования всех возможностей школы при получении учащимися знаний без вреда для здоровья.

Литература:

1. Ананьева Н.А., Вишневская Е.Л., Сазанюк З.И. Руководство для среднего медицинского персонала школ / М.: Медицина. 1991. С. 173-182.
2. Калюжная Р.А. Школьная медицина: руководство для врачей-педиатров / М.: Медицина. 1975. С. 3-7.
3. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы / Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. №1. 2013. С. 5-9.
4. Руководство для врачей школ. / Под ред. Г.Н. Сердюковской / М.: Медицина. 1983. С. 173-182.
5. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. / Под ред. В.Р. Кучмы и П.И. Храмцова. / М. 2012. С. 8-9.

ОСОБЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Колобова Ю.Ю., Василенко Е.А.

**Северный государственный медицинский университет, Архангельск
факультет менеджмента и информатики,**

Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич

АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утверждал: "Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного". За 2500 лет, прошедших со времен Гиппократа, к трем названным им слагаемым медицины добавилось 4-е – медицинская сестра. "Врач - служитель искусства, и больной должен бороться с болезнью с самого ее начала на стороне врача", - считал Гиппократ. Очевидно, что и медсестра вправе ожидать, чтобы больной видел в ней своего союзника в борьбе за сохранение его здоровья [2].

В 1983 г. выпускники сестринской школы в Мичигане впервые давали "Клятву Флоренс Найтингейл", названную именем основоположницы научного сестринского дела. Ее текст был сформулирован комитетом под председательством медсестры Листры Гриттер. В клятве говорилось: "Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего вредного и пагубного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарство, которое может причинить вред. Я сделаю все,

что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентом и его родными. Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных мне пациентов".

Если сравнить текст этой клятвы с Клятвой Гиппократата, то не трудно обнаружить много схожего. В этом нет ничего удивительного. Точно так же схожи по сути клятвы врачей Древней Индии и средневековые факультетские обещания. Присяга врача Российской империи и Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, которая гласит: "Здоровье моего пациента - моя первейшая забота" [2].

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в нашей стране, основной целью которой явилось утверждение автономии и самостоятельности этой профессии. Этический кодекс составлен с учетом новых идей, определяющих содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медсестры, в частности [6].

На современном этапе развития отечественного здравоохранения медицинская сестра рассматривается государством и обществом как уникальная личность, способная самостоятельно выполнять круг определенных обязанностей на высоком профессиональном уровне. В связи с этим к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала предъявляются повышенные требования, с учетом которых осуществляется поиск новых подходов к повышению качества и оценке эффективности их труда [5].

В условиях хирургического стационара, как и любого другого лечебного учреждения, первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения

с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. Все в медсестре должно располагать к себе пациента хирургического стационара, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Она сочувствует пациенту, между ними устанавливается так называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями[4].

Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер, что он может доверять медицинской сестре. Зная особенности переживаний хирургического больного, его личности, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для пациента форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем хирургическом вмешательстве и дальнейшем лечении [1].

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинского персонала. Обязанность медсестры - быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов.

Если заботу о здоровье пациента и ответственность за него берет на себя не один специалист, а несколько, то здесь необходимо говорить о коллегиальной модели взаимоотношений. Она весьма распространена в современном здравоохранении, но не всегда бывает самой лучшей с позиций медицинской этики. В условиях специализации, профилизации, бригадных методов лечения, когда с пациентом работает несколько врачей, медсестер, имеющих разный уровень профессиональной и нравственно-этической подготовки, происходит деформация взаимоотношений в системе медицинский работник — пациент [3].

Хирургический пациент, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его, - это, прежде всего, человек, личность, характеризующаяся определенными особенностями. Психологически комфортный климат обладает мощнейшим лечебным воздействием - об этом надо помнить и медсестрам, и младшему медицинскому персоналу, и медрегистраторам, потому что, как и театр, лечебная организация начинается с вешалки.

Список литературы:

1. Зеленкова И.Л., Беляева Е.В. Этика: Учебное пособие. – Мн.: изд. В.М. Скакун, 2010.
2. Международный кодекс медицинской этики. // Врач. — 2004. - № 4.
3. Островская И.В. Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией. // Медицинская сестра. – 2000. - №4.
4. Островская И.В. Вербальный способ общения. // Медицинская сестра. – 2001. - №7.
5. Фаулер М. Этика и сестринское дело. — М., 2008.
6. Этический Кодекс медицинской сестры России (принят РАМС, 1997 г.)

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА

Комарова С.А.

Архангельская городская клиническая поликлиника № 2,

АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Одним из ведущих структурных подразделений ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 2» является I педиатрическое отделение, обслуживающее в настоящее время более 11 тысяч детей. Большое внимание уделяется работе кабинета здорового ребёнка (КЗР), на базе которого внедрены многие сестринские инновации.

Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям медицинской сестре необходимо иметь не только глубокие теоретические знания, постоянно заниматься своим саморазвитием, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию

детей разных возрастных групп и их родителей и четко представлять существующие в этой области этические проблемы.

Вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи детям, имеют не только медицинский, но и этический характер и присутствуют на всех уровнях системы «медицинский работник - родители - ребенок». Медицинская деонтология предъявляет особые требования к детским медсестрам, ведь их деятельность основана не только на прямом контакте с детьми, но и на общении с ближайшими родственниками, в первую очередь с матерью ребенка, с ее восприятием состояния здоровья своего ребенка и характерологическими особенностями в разные возрастные периоды.

Одна из важнейших этических проблем - осведомление матери, родственников ребенка об особенностях развития детей в различные возрастные периоды, анатомо-физиологических особенностях, особенностях вскармливания и физического развития, об особенностях иммунопрофилактики и о заболеваниях для получения согласия или отказа на лечение. Умение медсестры успокоить, объективно информировать мать о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений и при этом ободрить, настроить на активную помощь, является обязательным этическим требованием в работе.

В современном информационном обществе люди получают информацию о здоровье из различных источников (СМИ, наглядная реклама, медицинская и популярная литература, медицинские работники, друзья, коллеги, родственники и др.). Однако наиболее авторитетным источником информации о здоровье для большинства людей, тем не менее, являются именно медики. Вот почему важно, чтобы медицинская сестра, дающая рекомендации, была сама не только хорошо информирована о содержании совета, но и владела формой подачи информации. Доверие к медработнику вызывается его личным примером - спокойствием, внимательностью, оптимистичностью, аккуратностью, доброжелательностью, отсутствием вредных привычек.

Целью гигиенического консультирования является обеспечение родителей и беременных женщин необходимой информацией об уходе за детьми, рациональном вскармливании, оздоровлении; обучение необходимым навыкам и умениям; распространение знаний о здоровом образе жизни (как самого ребенка, так и членов его семьи); поддержка стремления родителей к оздоровлению своих детей.

Важно, чтобы используемые медицинской сестрой кабинета здорового ребёнка методы и средства гигиенического обучения были максимально эффективны. Желательно сопровождать советы выдачей письменных рекомендаций, памяток, брошюр, рецептов рекомендуемых блюд, наглядных, хорошо иллюстрированных таблиц, схем и т.д. Основой процесса формирования мотивации к оздоровлению является понимание пользы и важности тех или иных профилактических мер для конкретного индивидуума или группы пациентов, обучаемых, например, в школах материнства.

Именно кабинет здорового ребенка играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста. Работа КЗР – это комплексная работа с беременными женщинами, родителями и медицинскими работниками по обучению правилам рационального вскармливания, навыкам проведения массажа и гимнастики, оздоровлению малышей, нервно – психическому развитию. Для беременных женщин организованы три занятия в месяц по разным тематикам. Группа из 5-6 женщин на занятиях позволяет индивидуально поработать с каждой из беременных, дать рекомендации, ответить на интересующие вопросы, отработать практические навыки.

Первое занятие «Азбука ухода за новорожденным» состоит из двух частей: теоретической части, которая посвящена особенностям ухода за новорожденным. Практическая часть занятия посвящена отработке навыков пеленания, купания, уходу за здоровым новорожденным и т.д.

Второе занятие проводит врач неонатолог и знакомит будущих

мамочек с переходными состояниями новорожденных и заболеваниями периода новорожденности и обучает, как ухаживать за малышами при заболеваниях.

Третье занятие «Азбука питания беременных, кормящих грудью женщин» посвящено питанию беременных женщин, кормящих матерей, значению раннего начала грудного вскармливания; важности совместного пребывания матери и ребенка и кормлению по требованию и т.д. Знание техники грудного вскармливания, способов стимуляции лактации, основных признаков достаточности грудного молока дают возможность будущей матери преодолеть трудности, которые могут возникнуть в период кормления грудью.

Групповые занятия являются продолжением школы молодых матерей. На этих занятиях мамочки могут пообщаться друг с другом, обменяться опытом, задавать волнующие их вопросы, обсудить прочитанную литературу. Родители посещают занятие без детей. Мамочки получают подробную информацию по особенностям развития малышей, рациональному вскармливанию детей первого года жизни, уходу. Занятие проходит в тёплой, дружеской обстановке. Преимущество данных занятий в том, что родители могут получить ответы на интересующие их вопросы, не спеша, не стесняясь. Информацию можно самостоятельно записывать, получить в печатном и электронном варианте.

На индивидуальные занятия приходят мамочки с детьми. На занятии мамы обучаются комплексам массажа в зависимости от возраста малыша, оценивается нервно-психическое развитие, вид вскармливания, выявляются проблемы во время кормления, даются рекомендации по введению прикорма. На последующих занятиях мама демонстрирует навыки, которым она научилась, а сестра корректирует и обучает новым комплексам.

Современный период развития сестринского дела требует от медицинских сестёр новых форм работы, поиска более оптимальных и рациональных методов работы. Каждая медицинская сестра должна

понимать важность и нужность проявления инициативности, творчества, использования новых знаний и умений в работе. Работа в кабинете здорового ребёнка позволяет заниматься исследовательской деятельностью, выступать на конференциях и участвовать в различных конкурсах творческого мастерства от городского до Всероссийского уровня.

При поддержке Ассоциации медицинских работников Архангельской области мы представили результаты работы медицинской сестры КЗР на многих форумах: так, в 2013 г. стали победителями в Областном фотоконкурсе «Моя любимая работа» в номинации «Мои пациенты»; в 2014 г. – на Областных и Всероссийских конференциях с докладами «Питание детей первого года жизни: Национальные рекомендации и реальная практика», «Кабинет здорового ребёнка, как было, как стало, как будет: возможности и перспективы»; в Форуме акушерок, неонатальных и педиатрических сестёр (С.–Петербург), где получила награду за победу в конкурсе методических рекомендаций «Современные подходы введения прикормов» в номинации «Педиатрия». Союзом педиатров России медицинская сестра кабинета здорового ребёнка признана «Лучшей детской медицинской сестрой 2014 года».

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ПАТРИОТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ВЕТЕРАНАМИ

Корякова М.Е.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В этом году наша страна отмечает 70-летие Победы в Великой Отечественной войне. Высокий моральный дух, патриотизм и любовь к своей стране помогли нашим предкам победить фашизм. Сегодня, когда политическая ситуация не спокойна, молодежь не остается безучастной к вопросам развития нашей страны, имея при этом разные мнения по поводу происходящих событий. На фоне этого общественность обращает повышенное внимание на вопросы патриотического, гражданского и этического направлений в воспитании молодежи. Это

нашло отклик на многих уровнях, в том числе в университетской среде, где все более ценится активная общественная деятельность и самостоятельность студентов. Наблюдается рост интереса молодежи к героической летописи своей страны, в т.ч. подвигу предков.

В наши дни выпускники школ зачастую плохо знают отечественную историю. Причин этому много, в т. ч. – профильность экзаменов, ЕГЭ. Не часто школьники выбирают историю экзаменационным предметом. Для абитуриентов медицинских вузов это очень актуальная проблема, т. к. для поступления они усиленно изучают биологию и химию. Часто студенты-медики задаются вопросом: «зачем нам нужно знать историю Отечества и нужно ли тратить время на изучение истории медицины?». Но всем известно, что история развития государства неразрывно связана с историей медицины.

Современная медицина сложилась в результате длительного исторического процесса как разветвленный комплекс наук, научно-учебных дисциплин, научно-практических и учебных центров, институтов, учреждений. Многие наши соотечественники внесли огромный вклад в развитие медицины, в частности, таких фундаментальных дисциплин как анатомия, физиология, хирургия и др. Значимый вклад российских ученых запечатлен в истории военной медицины, что особенно важно при патриотической работе со студентами – будущими медиками.

Самостоятельная работа студентов в процессе обучения необходима для формирования разносторонней, образованной и культурной личности, но при этом она обладает множеством проблем. Дефицит времени, низкая мотивация и слабый уровень квалификации студентов образует сложную проблемную ситуацию. Как заинтересовать студентов получать новые и интересные знания? [1].

Многие студенты нашего университета, несмотря на свою учебную занятость, открыли для себя возможность заниматься общественно-полезной деятельностью и реализовать свои творческие способности в Музейном комплексе СГМУ. Активно принимая участие в

патриотической деятельности СНК по истории медицины, и познакомившись с ветеранами, многие почувствовали интерес к общению с ними, получая из первых уст не только ценный опыт практической военной медицины, но и знания по истории страны, душевную теплоту и простую житейскую мудрость. Студенты навещают ветеранов, поздравляют с праздниками, берут у них интервью или ведут переписку, пишут статьи в газеты, просто помогают по дому.

В течение всего года в Музее истории медицины Европейского Севера часто проводятся встречи, посвященные важным датам Великой Отечественной войны, на которых ветераны рассказывают о своем трудовом пути, а студенты организуют концерты. Самые интересные мероприятия проходят во дворе СГМУ, где установлен памятный знак «Медикам военных лет посвящается...». В День Победы от него начинается шествие медицинской колонны «Бессмертного полка». В День памяти и скорби «Свеча памяти» для ветеранов проводится концерт в виде театрализованной реконструкции начала войны: выпускной бал, звучат предвоенные и военные песни, стихи, работает полевая кухня; студенты вручают ветеранам подарки, проводят экскурсии по университету и музею[3].

Под руководством сотрудников Музейного комплекса члены СНК по истории медицины организовали штаб «Дорогами ветеранов», который продолжает работу, начатую в 1970-х гг. студенческим штабом «Дорогами отцов». Они разыскивают выпускников вуза разных лет, чтобы сохранить для последующих поколений сведения об их военном и трудовом пути. Эти материалы помогают постоянно пополнять действующие экспозиции о деятельности медиков, выпускников и сотрудников университета в разные периоды истории нашей страны. Изучая личные архивы ветеранов и архив СГМУ, студенты готовят о ветеранах устные и стендовые доклады, с которыми участвуют в различных конференциях, рассказывая об этих подвигах [3].

Для того чтобы студент как будущий специалист, мог максимально использовать созданные для него условия научного творчества, его нужно ввести в увлекательный мир науки, помочь раскрыть в себе скрытый потенциал [2]. Преподаватели и сотрудники СГМУ стремятся сделать все, чтобы сформировать у студентов высокое патриотическое сознание, важнейшей чертой которого является память о Победе и о героях войны, т. к. формирование положительной культурной среды является необходимым условием для самоутверждения и самовыражения.

Сегодня значительная часть современной молодежи формирует свое мировоззрение на зарубежной, преимущественно американской, массовой культуре и не только не знает, но и не стремится узнать героическое прошлое своей Родины. Обучая студентов правильно и этично относиться к ветеранам, общаться с ними, сотрудники Музейного комплекса участвуют в воспитании будущих поколений. Кто, как не герои войны, военврачи, могут передать этот колоссальный опыт? Поэтому для студентов-медиков становятся очень ценными и памятными встречи с ветеранами. Мы, сегодняшние студенты, признаем, что, чем больше мы будем помнить о ветеранах, тем больше сможем рассказать о них своим детям.

Зачастую сначала студентам тяжело найти общий язык с ветеранами. Проблема коммуникации между молодежью и старшим поколением была всегда. Воспитание ветеранов Великой Отечественной войны происходило в других условиях. Государство, в котором они жили, проводило строгую политику, подкрепленную цензурой, высокими моральными нормами, духом патриотического единства.

В настоящее время развитые информационные технологии, отсутствие какой-либо крупной цензуры, а главное – безграничное влияние зарубежных стран, не могло не отразиться на развитии современного общества в целом. Молодое поколение теряет моральные устои и нормы. Мне кажется, в нашей стране требуется политика, направленная на поднятие высоких патриотических норм и мораль-

ных устоев. Такая политика возможна, если молодежь будет брать пример с ветеранов, формируя будущее нашей Отчизны.

Литература.

1. Борчук А.В. К вопросу воспитания студентов в современном вузе // Медицинское образование на современном этапе: материалы XIX межрегион. учеб.-метод. конф. / отв. ред. Ю.В. Агафонов. Архангельск: Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2014. С. 80–82.
2. Хлопина И.А., Суханова Н.С., Плакуев А.Н. Особенности организации свободного от учебы времени у студентов первокурсников СГМУ // Медицинское образование на современном этапе: материалы XIX межрегион. учеб.-метод. конф. / отв. ред. Ю.В. Агафонов. Архангельск: Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2014. С. 93–94.
3. Чирцова М.Г. Патриотическое воспитание студентов медицинского вуза с помощью новых форм деятельности сотрудников музейного комплекса // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: сб. материалов IX Всерос. конф. с междунар. участием. М., 2013. С. 240–242.

НАРУШЕНИЕ ЭТИКИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Леус Э.В.

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск

Семья представляет собой малую социально-психологическую группу, которая складывается на основе глубоко интимных и доверительных отношений между супругами, родителями и детьми. Её социальная активность, структура, нравственно-психологическая атмосфера зависят не только от общих условий и закономерностей, но и от тех специфических обстоятельств, в которых семья формируется, живёт и функционирует: уровень образования и культура членов семьи, материальное положение, традиции и ценности, которых они придерживаются и на которые ориентируются в своих жизненных планах и устремлениях, место жительства, социальная принадлежность семьи, нравственные убеждения, способность к консолидации и

сплочению. Бытовая культура семейных отношений базируется на семейных проблемах конфликтов и заключается в том, чтобы правильно, с этической точки зрения, воспринимать их и достойно выйти из них, для чего необходимы знания о причинах их возникновения, правилах поведения в их рамках и путях выхода и разрешения. В случае отсутствия в семье социально-одобряемых установок на правопослушное поведение, с огромной вероятностью именно она, как структура первичной социализации для детей, становится образцом и ведущим фактором формирования отклоняющегося поведения.

В целях формирования эффективной системы профилактики асоциального и противоправного поведения, необходимым является выявление его причин и представление социально-психологических характеристик исходя из семейного анамнеза, так как именно в семье осуществляется первичная социализация ребенка, закладываются основы личности, формируется отношение к окружающему миру и преобладающие модели поведения. Семья – это группа лиц, проживающих совместно и связанных близко-родственными отношениями, предположительно имеющих общие интересы, идеи, ценностные ориентации и социальные установки, передающих знания о морали и нравственности, межличностных отношениях и взаимодействиях, социальных стандартах и стереотипах из поколения в поколение. Семья причисляется к важнейшим общественным ценностям и рассматривается в качестве ячейки общества. В. Сатир в качестве критериев социально-одобряемой оптимальной модели семьи выделял равноправие всех членов семьи независимо от возраста; доверительные и честные отношения; открытость и взаимопомощь; согласованность всех сторон совместной жизни, соответствие внешних проявлений внутреннему содержанию; ответственность каждого за всех и за семью в целом; принятие индивидуальности и уникальности своих близких; внимание и принятие переживаний и чувств каждого; право на личное пространство; совместный отдых, доставляющий радость и удовольствие от общения; сформированные ритуалы и традиции [4].

С целью определения микросоциальных маркеров формирования социально опасных видов отклоняющегося поведения был проведен анализ личных дел несовершеннолетних, состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних за неоднократные противоправные поступки, пребывающих по решению суда в специализированных закрытых исправительных учреждениях. Давно подмечено, что преступники чаще происходят из дисфункциональных семей. Нами было установлено, что лишь 7,7% подростков проживали в детских домах, 10,8% - в семьях с опекунами, 27,7% - в неполной семье чаще с матерью, 14,0% - в полной семье с отчимом или мачехой, состоящими в оформленных отношениях, 28,1% - в условно полной семье с сожителем и лишь 13,3% - в полной семье с биологическими родителями. Отягощающим фактором является смерть одного из родителей, часто уже в осознанном возрасте: у 13,8% - мать, у 18,5% - отец. У 18,5% подростков отец никогда не проживал с семьей или вообще неизвестен, у 4,6% - отбывал наказание в местах лишения свободы, у 1,5% - проживал в психиатрической больнице. 3,1% матерей и 1,5% отцов были лишены родительских прав. Считается, что отсутствие по крайней мере одного биологического родителя связано с некоторыми формами делинквентности, особенно со статусными правонарушениями несовершеннолетних, такими как прогулы или побеги, а мальчики из семей без отца более агрессивны и имеют более низкий уровень морального развития [2].

Преступники чаще, чем не преступники, имеют криминальных родителей или родственников [1]. Предположительно наследственность и поведение родителей, как пример для подражания, в совокупности определяют формирующиеся модели поведения ребенка. В нашем исследовании было установлено, что 30,8% подростков с противоправным поведением имели судимых родителей или других близких родственников (отчим, брат, старшая сестра и в одной семье – мать).

Связь делинквентности с большой семьей может, таким образом, отражать тенденцию растущих в ней детей больше полагаться на своих сиблингов, выступающих для них в качестве моделей и источников социального обучения. Наши данные показали, что 44,6% несовершеннолетних, пребывающих в исправительном учреждении, происходили из многодетных семей с тремя и более детьми, а в 60,8% случаев были младшим или единственным ребенком в семье.

Предположительно, трудные семьи – криминальные, неполные, с алкогольной зависимостью в анамнезе – пронизаны негативной энергией и отношения в них складываются сложно, так как семья не выполняет свою основную функцию – поддержки ее членов, обеспечения защиты и спокойствия, создания необходимых для развития условий. Хотя в настоящее время принято считать, что противоправность поведения слабо связана с принадлежностью к социальному классу, фактически делинквенты, в целом, чаще происходили из «обездоленных» семей, которые вследствие материальных затруднений жили в нищете, в плохо приспособленном для постоянного обитания жилье, и зависели от социальных пособий. По нашим сведениям 50,0% матерей и 35,2% отцов не работали, источником доходов являлись пенсии по утрате кормильца в случае смерти одного из родителей, детские пособия, пенсии родителей или скудные заработки на неквалифицированной низкооплачиваемой работе. 79,7% детей были из малообеспеченных семей или с доходом ниже прожиточного минимума и лишь 19,5% - из семей со средним достатком.

Еще одним провоцирующим фактором является алкоголизация родителей; так в нашем исследовании 36,0% матерей столько же отцов часто употребляли алкоголь, а 41,2% матерей и 44,5% отцов имели алкогольную зависимость. Разрушение личности родителей, отсутствие заботы и агрессия по отношению к детям провоцировали последних на необходимость защищаться и адаптироваться к существующим обстоятельствам. Так, все обследуемые несовершеннолетние правонарушители уклонялись от учебы, 51,3% были в разном

возрасте оставлены на повторное обучение, а 14,5% обучались в классах коррекции, выравнивания или на дому, 65,3% - уходили из дома и бродяжничали, 4,7% - попрошайничали, 4,7% - крали деньги из дома, 8,9% - являлись членами преступных группировок. Кроме того, были отмечены такие виды асоциального поведения, как хулиганство, поджоги, вандализм, использование ненормативной лексики, ложь. Агрессивное поведение было отмечено у 38,1% подростков и проявлялось в применении насилия к несовершеннолетним, в основном, с целью вымогательства или завладения чужим имуществом [2].

Обращает на себя внимание распространенность аддиктивных форм поведения в исследуемой группе еще в период пребывания в семье: 72,6% подростков курили более или менее регулярно, а пробовали все, 58,6% употребляли алкоголь, 11,3% токсикоманили, что свидетельствует о недостаточном внимании к ребенку со стороны семьи, отсутствии заботы о его здоровье. 22,6% контингента тубинфицированы, а следовательно, имел место контакт с больными людьми в семье или в период бродяжничества на фоне ослабленного иммунитета, недостаточного и несбалансированного питания, несоблюдения личной гигиены. Отличительной чертой исследуемой группы являлся травматизм: 25,8% получили повреждения разной степени тяжести. Признаками семейного неблагополучия можно считать и распространенность кожных заболеваний, наличие кишечных паразитов, перенесенные инфекционные заболевания.

Таким образом, семейное воспитание и первичная социализация являются основой построения системы профилактики противоправного поведения несовершеннолетних. Положительный эмоциональный фон и характер семейных взаимоотношений позволяют формировать качества личности, способствующие хорошей социальной адаптации, тогда как дефицит родительской любви, алекситимия, невозможность удовлетворить базовую потребность в любви и безопасности провоцируют ребенка и подростка искать компенсации в группе сверстников, которая со временем становится референтной. Дис-

баланс семейных отношений могут вызывать такие факторы, как конфликты и жестокое обращение в семье, чрезмерная занятость и пьянство родителей, эмоциональная напряженность, возрастные и ситуативные жизненные кризисы членов семьи, неправильное родительское воспитание [3]. При оптимальных условиях воспитания указанные особенности личности и поведения подростков могут быть нейтрализованы соответствующей социально положительной деятельностью, тогда как при неблагоприятных - они «катализируют» вредные влияния, приобретают негативную направленность.

Литература:

1. Блэкборн Р. Психология криминального поведения. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
2. Леус Э.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Социально-психологическая характеристика несовершеннолетних в исправительных учреждениях закрытого типа / Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. - № 1 (36). – С. 40-45.
3. Рыжаков С.С. Причины и условия преступности несовершеннолетних в фокусе психолого-криминологического интереса / Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. - №1(36). - С. 37-40.
4. Сатир В. Как строить себя и свою семью. – М.: Педагогика-пресс, 1992. 190 с.

ВЛАДИМИР БЕХТЕРЕВ О БЕССМЕРТИИ ЛИЧНОСТИ: ЭТИЧЕСКИЕ ВОЗЗРЕНИЯ УЧЕНОГО

Меньшикова М.А.

**Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
философский факультет**

Последний же враг истребится — смерть...

1 Кор. 15:26

Бессмертие души традиционно на протяжении долгого времени было предметом религиозного и философского дискурса. Иммануил Кант, не видя возможности строгого теоретического доказательства бессмертия души, осмыслил бессмертие в этическом ключе. Сегодня же мы больше доверяем науке, нежели абстрактным спекуляциям. Можно ли хотя бы отчасти приблизить научный дискурс к решению

проблемы бессмертия? Выдающийся российский учёный конца XIX – начала XX века, врач, академик Владимир Михайлович Бехтерев как раз предпринял такую попытку.

Бехтерев видел свою этическую задачу как учёного в научном обосновании бессмертия личности. Он исходил из того, что без осознания факта бессмертия личности невозможно нравственное поведение. «Ведь если нет бессмертия, то в жизни нет и морали, и тогда выступает роковое: "всё дозволено!"», – так категорично он выражает своё убеждение в речи «Бессмертие человеческой личности как научная проблема», произнесенной в Психоневрологическом институте в феврале 1916 г. и впоследствии опубликованной [1].

Можно предположить, что этика у Бехтерева построена на христианской идее посмертного воздаяния, согласно которой человек отвечает за свои поступки перед Богом после окончания земной жизни. Насколько верно это предположение, можно узнать, обратившись к тексту. Но прежде чем перейти к анализу этической концепции Бехтерева и его взглядов на бессмертие души (или личности, как он сам пишет), обозначим контекст, в рамках которого нужно рассматривать воззрения учёного.

Западноевропейские философы со времён Античности признавали бессмертие души. Бессмертие души в Античности означало, скорее, возможность души существовать некоторое время после смерти тела. Признание вечного (вневременного) бессмертия души характерно для христианской традиции, в русле которой развивалась средневековая и во многом нововременная философия. Для западной философии и религии характерно субстанциалистское понимание личности: подразумевается, что в основе человеческой личности лежит некое неизменное начало (некая сущность). Бессмертие понималось не как растворение в некоем Абсолюте и утрата индивидуальности, что характерно для восточной традиции, а как личное бессмертие, что означает сохранение индивидуальности. Например, в индийском учении йоги бессмертие, также обладающее большой ценно-

стью, о чём свидетельствует одно из имён Абсолюта (Брахмана) – Бессмертный, рассматривается как слияние индивидуальной души с безличным Брахманом (Абсолютом). В этом случае душа добровольно отказывается от индивидуальности [4].

Вряд ли можно однозначно ответить на вопрос, с какой позиции следует интерпретировать воззрения Бехтерева – в рамках восточной или западной традиции. Наследие Бехтерева, безусловно, принадлежит западному миру, однако его взгляды на бессмертие личности во многом созвучны восточному пониманию, несмотря на то, что Бехтерев пользуется западными философскими терминами (личность, энергия), о которых будет сказано ниже.

Бехтерев выводит бессмертие личности из закона сохранения энергии, который он экстраполирует с физического мира на нервно-психическую деятельность и социальную жизнь. За биологической смертью тела, согласно Бехтереву, отнюдь не следует уничтожение человеческой личности: смерть означает лишь переход энергии в другую форму. Возможно, термин «личность» здесь выглядит не совсем удачным, поскольку Бехтерев не вкладывает в него традиционного значения, и, понимая это, впоследствии в своей речи он расшифровывает этот термин, придавая ему не совсем привычное значение.

Универсальный закон сохранения энергии применительно к нервно-психической жизни людей, по Бехтереву, нужно понимать следующим образом: «...ни одно человеческое действие, ни один шаг, ни одна мысль, выраженная словами или даже простым взглядом, жестом, вообще мимикой, не исчезают бесследно» [1]. Бехтерев утверждает, что все действия, совершаемые человеком, влияют не только на него самого, но и на других людей, и это влияние не ограничивается настоящим моментом – оно длится и в будущем. Эти действия, «будучи воспринятыми другими, либо претворятся путем непосредственного подражания, внушаемости и усвоения в те или другие формы их нервно-психической деятельности, либо, встретив

со стороны их противодействие, вызовут тем самым особую в них реакцию, словом, так или иначе отразятся на их последующей деятельности в окружающем мире» [1]. Благодаря такому превращению энергии, как полагает Бехтерев, личность человека не уничтожается после смерти, но продолжает жить вечно «как бы разлитой» «во всех тех существах, которые с ней хотя бы косвенно соприкасались» [1].

Бехтеревская концепция личного бессмертия созвучна христианскому учению, как и его понимание энергии. Под «энергией» в христианстве подразумевается не некая субстанция, но действие Бога. Энергия у Бехтерева выступает в качестве всеобщего организующего принципа. В этом он сходится с пониманием энергии Григорием Паламой, одним из восточных отцов церкви. Палама в своём трактате «Триады в защиту священно-безмолвствующих» уделяет больше внимания нетварной энергии, а не тварной [2], с которой можно с некоторыми оговорками сопоставить энергию в смысле Бехтерева. Тварная энергия, по Паламе, представляет собой творение мира Богом; нетварная энергия – это общение и жизнь Лиц Троицы [2]. Есть существенное различие в трактовке энергии Бехтеревым и Паламой: если у Бехтерева энергия – это действие человека, его психическая активность, то у Паламы это действие Бога. Паламу и Бехтерева объединяет христианское понимание неуничтожимости личности. Так, Палама считает, что личность (ипостась человека) в общении с Богом сохраняется, когда в обоженном (святом) человеке действуют уже нетварные энергии.

Но что же представляет собой сама личность, кроме как возможное состояние неуничтожимой энергии? Бехтерев предлагает понимать личность через её нервно-психическую деятельность. Осуществляемая личностью нервно-психическая деятельность – одно из выражений энергии, а энергия, как пишет Бехтерев, может существовать даже в форме «общечеловеческой личности». Поэтому не совсем корректно будет интерпретировать воззрения Бехтерева только в

рамках христианской традиции, где личность понимается как нерасторжимое единство души и тела.

Для лучшего понимания бехтеревской концепции бессмертия личности стоит обратиться к буддистскому учению, на которое Бехтерев прямо ссылается. В буддизме отрицается субстанциальное начало личности. Её образуют элементарные психофизические состояния (дхармы), которые также бессущностны. Дхармы в буддизме понимаются как мгновенные вспышки бытия, которые быстро исчезают и появляются вновь, образуя изменчивый поток различных психических состояний. Личность в буддизме – это только лишь имя для обозначения той или иной упорядоченной комбинации дхарм [3]. Такое понимание личности можно встретить в западной философии тоже, и случай Бехтерева здесь не единичен: так, шотландский философ Давид Юм в XVIII веке говорил о личности как о «пучке ощущений». Важно отметить, что Бехтерева нельзя назвать последовательным «буддистом», так как он, говоря языком восточной философии, не признаёт бессущностность дхарм: за изменяющимися психофизическими состояниями, по Бехтереву, стоит вечная и неуничтожимая энергия, субстанция жизни. Кроме того, в его понимании личности нельзя упускать из внимания социальный аспект, которому Бехтерев придаёт большое значение в деле достижения бессмертия личности. По Бехтереву, человеческая личность немыслима вне социальности и культуры, и только это придаёт жизни человека ценность. Этический идеал Бехтерева, к которому должна стремиться личность, – самопожертвование, жизнь ради других.

Если сравнивать бессмертие в буддизме и у Бехтерева, то, хотя Бехтерев и не отрицает возможность личного бессмертия в христианском понимании, он всё же склонен больше признавать бессмертие «более общего характера», соглашаясь с буддистским воззрением, предвосхитившим, как считает автор, научное понимание бессмертия. Однако стоит заметить, что переселение душ в буддизме не обладает той же ценностной окраской, что и постоянное превращение энергии

у Бехтерева. Цель человека в буддизме – выйти из круга сансары (цепи смертей и перерождений), в то время как у Бехтерева круговращение энергии, через которое можно представить всю жизнь на земле, оценивается положительно. Ценность жизни для Бехтерева, в отличие от буддистского учения, лежит не вне её самой – напротив, жизнь на земле для Бехтерева самоценна.

Бехтерев как врач и не мог отрицать ценность жизни: это бы противоречило его нравственным и профессиональным убеждениям. Его заслуга состоит в том, что он поднял вопрос, прежде остававшийся в религиозном и философском русле, на уровень научного рассуждения – посредством расширения области действия физического закона сохранения энергии. И пусть этот первый шаг из перспективы сегодняшнего дня выглядит не слишком респектабельным с научной точки зрения, нужно отдать должное академику Бехтереву: он показал путь, как, привлекая аргументы науки, можно обосновывать этические убеждения и решать этические проблемы, которые до сих пор оставались предметом рассуждений философов и богословов.

Литература:

1. Бехтерев В.М. Бессмертие человеческой личности как научная проблема. 1916. / В.М. Бехтерев. Психика и жизнь: избранные труды по психологии личности: В 2 т. – С.-Пб.: Изд. «Алетейя», 1999. Т.1. [<http://www.lib.ru/FILOSOF/BEHTEREW/bessmertie.txt>] (дата обращения: 30.12.2014).
2. Св. Григорий Палама. Триады в защиту священо-безмолвствующих. М.: Канон, 1995. – С. 5-344.
3. Торчинов Е.А. Учение о личности и «Я» в классическом индийском буддизме. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://psylib.org.ua/books/_torch01.htm#top] (дата обращения: 30.12.2014).
4. Элиаде М. Йога: свобода и бессмертие. Пер. с англ. - К.: «София», 2000. Гл.3.

СИНДРОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ В СЕМЬЕ У ДЕТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В ДОМ РЕБЕНКА

**Михайлова Л.Н., Щукина Н.М., Бызова Л.В., Носкова К.Ю.,
Ефимова Н.В.**

Северодвинский дом ребенка

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В настоящее время проблема жестокого и пренебрежительного отношения к ребенку является крайне актуальной. По данным ВОЗ в 2000г. зарегистрировано 57 тысяч случаев убийств детей в возрасте до 15 лет. Приблизительно 2/3 случаев плохого отношения к ребенку возникает в семье, 1/3 – вне ее. Одна треть из общего количества жертв плохого обращения – дети первого года жизни, 1/3 – в возрасте от 1 до 6 лет, 1/3 – старше 6 лет. Практикой показано, что любая форма насилия, как правило, наносит ощутимый вред здоровью ребенка.

В 1991г. по материалам НИИ им. Н.А. Семашко РАМН ведущие места в структуре жизненных ценностей граждан России занимали семья (83,6%) и дети (73,3%), а уже через 6 лет на их долю пришлось лишь 50,8% и 47,4% соответственно, уступив при этом первые места таким понятиям, как здоровье (78,2%) и материальное благополучие (51,4%).

Отрицательными являются «рисковые», «саморазрушающие» формы поведения современных молодых людей, один только перечень которых весьма внушителен: смена идеалов, падение нравственности, морали, ориентация, начиная с детского возраста, на индивидуальность, потребительство, корысть, наживу, употребление алкоголя, табакокурение, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, ощущение ненужности, синдром одиночества, безнадзорность, бродяжничество.

По определению ВОЗ (1999г.) «жестокое или плохое обращение с ребенком включает все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, прене-

брежение, способные привести (или приводящие) к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти».

В соответствии с МКБ-10 синдром жестокого обращения (Т74) классифицируется следующим образом: Т 74.0 – заброшенность, оставление ребенка без внимания, Т 74.1 – физическое жестокое обращение, Т 74.2 – сексуальное жестокое обращение, Т 74.3 – психологическое жестокое обращение

В последние несколько лет в некоторых странах появился еще один его вид – синдром жестокого обращения (СЖО) перинатального периода, когда беременная женщина курит, употребляет алкоголь или наркотики и тем самым сознательно наносит серьезный вред здоровью еще не родившегося ребенка. Следовательно, СЖО – это преимущественно семейное неблагополучие.

Специалистами Северодвинского дома ребенка проанализировано 370 личных дел воспитанников за 2008-2012гг. с целью выявления синдрома жестокого обращения с ребенком в семье.

В процессе исследовательской работы решались следующие задачи:

1. выявление наличия регистрации в личных делах синдрома жестокого обращения с ребенком в семье у воспитанников Северодвинского дома ребенка;
2. определить частоту регистрации симптомов синдрома жестокого обращения с ребенком в семье;
3. выявить структуру синдрома жестокого обращения с ребенком в семье;
4. обозначить документы, в которых наиболее часто регистрируются факты жестокого обращения с ребенком в семье;
5. оценить структуру причин направления детей с фактами синдрома жестокого обращения с ребенком в семье и динамику изменения юридического статуса ребенка за период пребывания его в доме ребенка;

6. выработать мероприятия по профилактике синдрома жестокого обращения с ребенком.

У 91 (24,6%) ребенка зарегистрированы факты, свидетельствующие о жестоком обращении. По возрасту дети распределились следующим образом: до 1 года - 58 (63,7%), с 1 до 3 лет 31 (34%), старше 3 лет – 2 (2,3%) ребенка.

Выявлено 93 документа, в которых регистрируется факт оставления ребенка без внимания. Чаще всего информация о факте оставления ребенка без внимания имела в информационном письме из Детской больницы (34,4%), в заключении Управления социального развития, опеки и попечительства (29,0%), информационном письме из детской поликлиники (10,7%), письменной информации от соседей/родственников (9,7%), акте участкового уполномоченного полиции (7,5%), акте комиссии по делам несовершеннолетних (5,4%), акте судебно-медицинской экспертизы (2,2%), решении суда (1,1%).

Зарегистрировано 13 случаев (13,3% от числа зарегистрированных случаев) физического СЖО. Наиболее часто об этом родственники и соседи – 7 случаев (53,8%), лечебные учреждения – 4 случая (30,7%).

Диагноз жестокого обращения с ребенком был выставлен всего в 10 случаях (10,9%), из них: 3 случая – в выписке при поступлении ребенка в дом ребенка, 7 случаев – в анамнезе.

Наиболее частыми признаками жестокого обращения с ребенком (по МКБ-10 код Т74.0 - Зброшенность, оставление без внимания.) из 211 зарегистрированных признаков являются:

- факт пьяных родителей в присутствии ребенка – 36 случаев (17,06%)
- отсутствие соответствующего возрасту и потребности питания – 26 случаев (12,3%)
- замечания по санитарно-гигиеническому содержанию жилья – 25 случаев (11,8%)
- оставление ребенка одного – 23 случая (10,9%)

- отсутствие соответствующей возрасту и потребности одежды – 22 случая (10,4%)
- оставление ребенка с посторонними лицами – 21 случай (9,95%)
- и другие – отсутствие игрушек, мебели, частая смена места жительства и не информирование о месте пребывания ребенка, факт препятствия осмотра жилья, наличие в помещении с ребенком пьяных посторонних людей, оставление ребенка на улице без присмотра (27,6%)

У 15 детей установлены симптомы физического жестокого обращения: синяки (5 случаев), ссадины (4 случая), раны (1 случай), следы ударов ремнем (2 случая), неопрятный вид (2 случая), неприятный запах (1 случай). Не было зарегистрировано грубых и тяжких повреждений. Лишь в 4 случаях дети были госпитализированы в детскую больницу по факту жестокого обращения с ребенком.

Самой частой причиной поступления ребенка в дом ребенка по документам являлось: одинокая мать не имеет средств на содержание ребенка – 42 случая (46,13%) из числа детей, у которых зарегистрированы факты жестокого обращения, уклонение от выполнения родительских обязанностей – 32 случая (35,1%) и низкий материальный уровень семьи – 10 случаев (10,19%).

При выбытии детей из дома ребенка, юридический статус у детей менялся, и на 1 место выходило лишение родительских прав – 37 случаев (40,6%). В 44 случаях (48,3%) из числа детей, у которых зарегистрированы факты жестокого обращения, родители были лишены родительских прав или ограничены в правах, из них инициатором иска в 2/3 случаев был дом ребенка.

Только в 3 случаях имелся акт судебно-медицинской экспертизы и в 5 случаях родителей привлекали к административной ответственности по решению комиссии по делам несовершеннолетних. К уголовной ответственности за жестокое обращение с ребенком привлечен 1 человек за 2 случая сексуального насилия в одной семье.

Обобщая данные проведенного исследования, можно заключить, что факты, свидетельствующие о жестоком обращении, имелись у 24,6% детей, воспитывающихся в доме ребенка; чаще всего подвергаются жестокому и пренебрежительному отношению дети в возрасте до 1 года (63,7%), ведущую роль в регистрации фактов жестокого обращения с ребенком в семье принадлежит медицинским работникам (44,3%) и только в 15% - родственникам и соседям; информация о случаях физического жестокого обращения с ребенком в семье чаще поступает от родственников, соседей (53,8%) и из лечебных учреждений (30,7%); в подавляющем большинстве (87,7%) жестокое обращение квалифицировалось как оставление ребенка без внимания, пренебрежение родительскими обязанностями, что свидетельствует о «саморазрушающем» поведении родителей, чаще всего в неполной семье (с одной мамой) – 46,1%, в 12,3% зарегистрированы факты физического жестокого обращения с ребенком; только в 5,5% случаев родители привлечены к административной ответственности за плохое, пренебрежительное, жестокое обращение к ребенку.

Результаты выше представленного анализа были доложены сотрудниками дома ребенка на городской конференции, организованной Управлением социального развития, опеки и попечительства МО «Северодвинск». Нами сформулированы следующие предложения по совершенствованию работы по данному направлению:

1. Участковым педиатрам и врачам стационара тщательно собирать анамнез по фактам жестокого обращения с ребенком и четко следовать следующим алгоритмам действия:

В случае подозрения на жестокое обращение с ребенком врач обязан поставить в известность о своих предположениях службу защиты детей, обеспечить госпитализацию каждого ребенка, подвергшегося жестокости на период первичного обследования, проинформировать родителей о диагнозе, сообщить правоохранительным службам о полученных ребенком травмах.

2. Специалистам отдела опеки при направлении ребенка в дом ребенка указывать объективную причину устройства ребенка – уклонение от выполнения родительских обязанностей.

3. Организовать в доме ребенка службу по сопровождению родителей с целью воспитания чувства привязанности к собственным детям, внедрить систему профилактики жестокого обращения с детьми путем обучения родителей уходу за детьми, эффективным воспитательным приемам.

4. Обучать медицинский персонал детской поликлиники методам распознавания жестокого обращения с ребенком и навыкам конкретных практических действий при подозрении на жестокое обращение с ребенком.

5. Активнее привлекать к административной ответственности родителей за невыполнение родительских обязанностей.

6. Использовать систему профилактических мер, включающих в себя пропаганду семейных ценностей, ответственного родительства и здорового образа жизни.

7. Последовательно применять меры воздействия в семьях социального риска: ограничение дееспособности родителя в случае злоупотребления им алкоголя, ограничение/лишение родительских прав с одновременным ведением коррекционной работы по восстановлению семьи и заботы о ребенке.

8. Законодательно решить использование принудительных мер воздействия на родителей в семьях социального риска в форме лечения от алкоголизма, устройства на работу.

Таким образом, среди причин, порождающих жестокость к ребенку, имеются те, на которые нельзя воздействовать медицинскими средствами. Многие причины связаны с социальными обстоятельствами, финансовыми трудностями, плохими жилищными условиями, безработицей, характерными особенностями членов семьи, самого ребенка и многими другими, напрямую не зависящими от системы здравоохранения.

В современных социально-экономических условиях проблема профилактики и борьбы с жестоким обращением с ребенком выходит на первый план в качестве одного из приоритетных направлений деятельности учреждений первичной медико-социальной помощи. В целом решение проблемы жестокого обращения невозможно без четко организованного взаимодействия медицинского персонала, юристов, педагогов, психологов, социальных работников.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ДУХОВНЫЕ ОСНОВЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Игумен Феодосий (Нестеров), Парамонов А.А., Соловьев А.Г.

Архангельское подворье Свято-Артемиево-Веркольского монастыря, Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Алкогольные проблемы легли тяжелым бременем на российское общество. Согласно опросам, среди проблем, которые волнуют россиян, в первой тройке регулярно оказываются алкоголизм и наркомания. Комплекс мер, направленных на снижение уровня связанных с алкоголем проблем в настоящее время принято называть алкогольной политикой. Поддержка алкогольной политики не одинакова для всех групп населения. Определенную проблему составляет и то, что наиболее эффективные ограничительные меры алкогольной политики (например, повышение цен на алкогольную продукцию) поддерживаются меньшим процентом населения, чем малоэффективные образовательные меры (например, антиалкогольное воспитание в учебных заведениях). Широкий спектр связанных с алкоголем проблем в современном обществе, который определяется социально-экономическими, культуральными и религиозными факторами, требует комплексной программы их профилактики.

Алкогольная политика в Российской Федерации в последние годы отличалась постепенным нарастанием ограничительных мер. Так, на региональном уровне местными властями, в соответствии с ФЗ РФ N 171 от 02.11.2013 «О государственном регулировании производства

и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции», были приняты законопроекты, включающие ограничительные меры продажи алкоголя, как по времени (запрещена продажа алкоголя вечернее и ночное время, а также в дни некоторых культурно-массовых мероприятий и праздников), так и по месту (ограничения по продаже алкогольной продукции на территории общественных заведений и в местах проведения общественных мероприятий). На федеральном же уровне граждане отметили влияние статьи 21 ФЗ от 13.03.2006 N 38 "О рекламе", где реклама алкоголя в СМИ запрещалась постепенно: с 2008 г. была запрещена наружная реклама алкоголя, а также его реклама во всех СМИ и интернете, а в 2011 г. - полностью запрещена реклама алкогольной продукции на всей территории страны в любом её виде вне зависимости от содержания алкоголя, за исключением некоторых единичных случаев (рекламные акции должны проводиться в организациях, осуществляющих розничную продажу алкогольной продукции, при этом запрещено привлекать к участию в ней несовершеннолетних). Кроме того, были ужесточены ответственность граждан, должностных и юридических лиц за продажу несовершеннолетним алкогольной продукции, введена уголовная ответственность физических лиц за неоднократную розничную продажу алкогольной продукции не совершеннолетним.

Тем не менее, несмотря на законодательный запрет, согласно результатам исследования употребления психоактивных веществ, среди учащихся в возрасте 15-16 лет в Северо-Западном Федеральном округе РФ более трети подростков (38,7%) все же приобретали в магазинах алкогольные напитки для своего собственного потребления хотя бы один раз за предшествующие опросу 30 дней (Халтурина Д.А., 2013).

Настоящая экономическая ситуация внесла свой вклад в современную алкогольную политику: на фоне экономического кризиса 2014 г. решением Правительства о развитии виноградарства и вино-

деля в ФЗ от 31.12.2014 №490 были введены некоторые послабления в рамках рекламы алкогольной продукции. Так, отныне разрешена реклама пива и напитков, изготавливаемых на основе пива, а также вина и игристого вина (шампанского), произведённых на территории РФ, в периодических печатных изданиях, допускается реклама пива во время спортивных соревнований, как при телетрансляции, так и непосредственно на стадионах и физкультурно-оздоровительных центрах, а также с 23 до 7 часов утра в рекламных роликах. Таким образом, под запретом остаются только импортные и крепкие алкогольные напитки.

Однако причины приобщения к алкоголю лежат не только в сфере производства и продажи спиртных напитков, а больше всего в сфере человеческих отношений, конкретных жизненных условиях и духовной жизни. Потребление алкоголя неразрывно связано с удовлетворением определенных человеческих потребностей, культурой быта, условиями и образом жизни людей. Таким образом, настоящая ситуация показывает, что социально-политические антиалкогольные меры в нашей стране ещё далеки от совершенства, и требуют этого совершенствования с учётом как мирового опыта, так и собственного исторического опыта.

Хотелось бы обратиться также к воспоминанию опыта антиалкогольной политики в нашей стране периода столетней давности, опыта, который еще до конца не изучен и не осмыслен. Согласно данным известного русского врача И.Н.Введенского и его работы «Итоги принудительной трезвости» в 1914 г. Россия вступила в период беспримерного социального эксперимента. 19 июля 1914 г. были приняты серьезные ограничительные меры в отношении производства и реализации алкоголя. Огромная страна с населением 150 млн человек, с репутацией одной из самых нетрезвых, с растущим из года в год потреблением спиртных напитков, с бюджетом, по справедливости называвшимся "пьяным", вдруг стремительно отрезвела. Государство приостановило деятельность монополии, бывшей глав-

ным источником его дохода. Не постепенно, не среди нормального течения жизни при благоприятной экономической ситуации, а сразу перед лицом столь тяжелых испытаний, которые прежде на его долю не выпадали, в предвидении крайнего напряжения всех ресурсов страны. И результаты такого исторического шага оказались впечатляющими. Кроме значительных экономических и финансовых преимуществ, оказалось, что население в 1914 г. восприняло данные постановления буквально как национальный праздник, о чем свидетельствуют проведенные тогда исследования. При опросе 84% населения высказались за то, чтобы запретительные меры в отношении алкоголя оставить не на время войны, как писалось в Указе, а «на вечные времена». Не было алкогольных бунтов и погромов винных магазинов, как предупреждали в то время производители алкогольной продукции. Преимущества трезвой жизни были настолько для всех очевидны, что Государственная Дума 3-го созыва под председательством М.В.Родзянко сочла возможным принять государственный бюджет на 1915 г., полностью исключая поступления в казну от реализации вино-водочных изделий, дававший доход в сумме 675 млн руб./год, что составляло около трети государственного бюджета. Государство нашло в себе мужество отказаться от "пьяных" денег. Об этом Указе, прославленного в лике святых императора Николая Второго, английский общественный деятель Ллойд Джордж сказал в свое время: "Это самый величественный акт национального героизма, который я только знаю".

Но все-таки, погружаясь в исследование нашего еще недавнего прошлого, необходимо отметить, что такие удивительные результаты по принятию населением жестких ограничительных мер, стали возможны благодаря широкому развитию трезвеннического общественного движения в России конца XIX, начала XX в.в.

В семинариях, учебных заведениях вводился предмет о воспитании трезвости как добродетели. В 1911 г. в Российской империи насчитывалось 1873 общества трезвости, где числилось около 500

тыс. человек. В августе 1912 г. был организован Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, прошедший в Москве под покровительством митрополита священномученика Владимира (Богоявленского). Участниками съезда были светские деятели и православное духовенство. Начиная с 1913 г. 11 сентября - в день Усекновения главы Иоанна Предтечи - проводились массовые трезвенные действия - Всероссийские праздники трезвости.

Во всей этой просветительской работе трезвость понималась как нравственная категория, проявляющаяся в здравомыслии, воздержании, непрестанной бдительности над собой, охране души и тела от всяких нечестивых, греховных мыслей, пожеланий и дел. При такой постановке вопроса ясно, что трезвость, как нравственная категория должна воспитываться в человеке с самого раннего детства как всякая иная добродетель.

Такого убеждения мы не найдем в массовом сознании современного российского человека. Скорее нетрезвость, увлекательная возможность испытать изменения сознания сопровождают человека с детства. Нетрезвые традиции закладываются в семье, когда дети с младенчества видят алкоголь и другие психоактивные вещества, как неотъемлемую часть жизни взрослых. Формируется убеждение, что необходимо только дорасти до определенного возраста, и тогда – все можно; в искусстве нередки смакующие кадры с экранов мониторов и телевизора, где большинство художественных произведений показывают выпивку и табакокурение, как увлекательное и необходимое действие при радости и печали. Вместе с тем только сознательные трезвенные убеждения создают человеку надежный заслон от любой формы зависимости, позволяют быстрее замечать начинающиеся опасные изменения, делают его более устойчивым к патологическим зависимостям при любых внешних условиях и обстоятельствах, что и делает законодательные, социальные и духовные основы алкогольной политики реальным инструментом профилактической работы.

**ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ОСНОВНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Новицкий И.А., Терещенко С.Ю., Витютнева А.В.

НИИ Медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Актуальность и практический аспект одной из современных проблем педиатрии связаны с тем, что среди детского населения широко распространены психосоматические расстройства. Усложняющиеся условия жизни сказываются во все более значительном увеличении числа детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. Начало болезни обычно приходится на детский и подростковый возраст. Чаще всего это головные боли — у каждого седьмого ребенка, реже боли в животе — у каждого девятого ребенка и еще реже боли в конечностях — у каждого 25-го ребенка. Главным признаком психосоматических расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов, наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Неумение распознать эту патологию часто приводит к тому, что истинный диагноз устанавливается спустя многие годы после возникновения первых проявлений болезни.

Очевидна актуальность исследования взаимосвязей психосоматических расстройств с психологическим состоянием ребенка. Разработан специальный вопросник для оценки распространенности основных психосоматических расстройств у детей школьного возраста, который состоит из 3 основных блоков и содержит 21 вопрос. Вопросник рассчитан на изучение частоты встречаемости рецидивирующих/хронических болевых синдромов и сопутствующих состояний, психологических проблем, связь рецидивирующих/хронических болевых синдромов и сопутствующих состояний с данными психологического статуса. В анкетировании участвовало 234 ученика школы №

150 г. Красноярска в возрасте от 12 до 18 лет (106 мальчиков и 128 девочек).

Первоначально проведен анализ частоты встречаемости рецидивирующих/хронических болевых синдромов и сопутствующих состояний, при этом наиболее распространена головная боль - предъявляли жалобы 49,1% опрошенных. Значительно меньше опрошенных предъявляли жалобы на абдоминальную боль, панические расстройства и боли в спине - 21-23%. Наименьшее количество обследованных (от 13 до 17%) предъявляли жалобы на астенический синдром, головокружения и синкопальные состояния. Высокую частоту встречаемости головной боли можно объяснить, как экологическими условиями, лабильными показателями АД, так и, вероятно, наиболее определяемым синдромом самими анкетирруемыми. Психологические аспекты личности, более конкретный стереотип, вероятно, обуславливают высокую распространенность абдоминальной боли, панических расстройств, синкопальных состояний среди девочек.

Анализируя частоту встречаемости психологических проблем по данным скринингового вопросника Гудмена было выявлено, что наиболее часто у анкетирруемых встречаются общие психологические проблемы, проблемы в поведении, проблемы в общении со сверстниками - 26-30%. Именно проблемы поведения детей наиболее характерны для школьников, к которым относятся все анкетирруемые. Значительно реже жалуются на эмоциональные проблемы и гиперактивность - соответственно 16 и 8% анкетирруемых.

Таким образом, можно говорить о связи изучаемых синдромов с психологическими и эмоциональными проблемами подростков. Болевые синдромы обусловлены физическим воздействием, а синкопальные состояния, паническое расстройство и астенический синдром чаще обусловлены эмоциональными состояниями.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ЦЕНТРОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Ольферт Е.П., Жгилева В.В.

Министерство здравоохранения Архангельской области

В целях устойчивого демографического развития страны Указом Президента Российской Федерации от 9.10.2007г. №1351 утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. В Концепции говорится об отрицательном влиянии на рождаемость высокого числа искусственных прерываний беременностей (абортов). Несмотря на стойкое снижение числа абортов в Архангельской области данный показатель остается выше среднероссийского на 42,8%. Так, показатель числа абортов на 1 000 женщин фертильного возраста в Архангельской области в 2013 году составил 35 (по РФ – 24,5). Абсолютное число абортов в Архангельской области в 2013 году составило 9 674, что на 29,6% ниже показателя 2009 года.

Внедрение психологического доабортного консультирования и создание центров медико-социальной поддержки беременных является важным и своевременным шагом, способствующим снижению числа абортов и повышению рождаемости, что в полной мере соответствует положениям Плана мероприятий по реализации в 2011–2015гг. Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года, утвержденного распоряжением Правительства РФ от 10.03.2011г. №367-р и Плана мероприятий по повышению рождаемости в Архангельской области на период 2014-2018гг., утвержденного заместителем Губернатора Архангельской области по социальным вопросам.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» при первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, а в

случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.

Таким образом, все женщины, обратившиеся в медицинскую организацию за процедурой прерывания беременности, должны быть направлены на консультацию специалиста по доабортному консультированию.

Оплата труда специалиста по доабортному консультированию осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования и входит в структуру тарифа врача акушера-гинеколога. В 2013-2014гг. осуществлялось дополнительное финансирование мероприятий по доабортному консультированию за счет средств областного бюджета в рамках государственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013-2020 гг.)», утверждённой постановлением Правительства Архангельской области от 12.10.2012г. № 462-пп.

По итогам заседания 26.04.2012г. рабочей подгруппы «Социальная политика» Открытого Правительства Российской Федерации рекомендовано осуществлять реализацию технологии психологического доабортного консультирования на территории Архангельской области совместно социально ориентированной некоммерческой организацией «Центр общественных инициатив» г.Вологда на принципах общественно-государственного партнерства. По такой модели служба доабортного консультирования стала функционировать с мая 2012 года. В настоящее время доабортное консультирование организовано

в 32 медицинских организациях, в 16 из них - специалистами Учебно-методического центра психологического доабортного консультирования. В соответствии с методическими рекомендациями (письмо №15-0/10/2-9162 от 13.10.2010 МЗиСР РФ) доабортное консультирование включает в себя специальную систему организации и проведения отбора специалистов, их обучение данной методике, а так же непрерывное научное, организационно-методическое и психологическое сопровождение деятельности психологов, что и осуществляют специалисты Центра. В ходе консультирования медицинский психолог выявляет причины, побудившие женщину пойти на процедуру прерывания беременности, предоставляет достоверную информацию о последствиях аборта, в случае необходимости проводит постабортное консультирование и реабилитацию.

На базе Архангельского клинического родильного дома им. К.Н. Самойловой и Северодвинского родильного дома организованы Центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации. Оборудованы кабинеты амбулаторного приема, залы для групповых занятий, организована работа телефона доверия. При необходимости для консультаций привлекаются специалисты кадровой службы, юристы, сотрудники Фонда социального страхования и Пенсионного Фонда. Для контроля реализации мероприятий, направленных на снижение числа абортов, с 2013 года министерством здравоохранения введен мониторинг деятельности государственных медицинских организаций Архангельской области по медико-социальной поддержке беременных женщин.

С целью повышения эффективности работы специалистов женских консультаций по профилактике абортов проводятся семинары, круглые столы. В настоящее время в Северном государственном медицинском университете разрабатывается программа обучающих занятий по психологическому доабортному консультированию.

За 2014 год 4 820 женщин, обратившихся за процедурой прерывания беременности, получили консультацию психолога (охват со-

ставил 82,3% от числа обратившихся за процедурой искусственного прерывания беременности), на учет по беременности встали 388 женщины, таким образом, результативность доабортного консультирования составила 8%. В других регионах Российской Федерации, реализующих аналогичную программу, процент женщин, вставших на учет по беременности, колеблется от 7 до 12%. В 2014г. мероприятия по доабортному консультированию позволили снизить число аборт на 7,4% по сравнению с 2013г. Планируется дальнейшее совершенствование службы доабортного консультирования с достижением целевых индикаторов, установленных Планом мероприятий по повышению рождаемости в Архангельской области на период 2014-2018гг., по увеличению охвата доабортным консультированием и достижением эффективности 13% к 2018 году, в том числе в рамках сотрудничества с Учебно-методическим центром психологического доабортного консультирования.

ШКОЛА БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКА

Павлова А.Н., Серегина С.И.

Архангельская городская клиническая больница №6

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Известно, что состояние здоровья подростков во многом определяется качеством окружающей среды, социально-экономическим благополучием общества, условиями воспитания и жизни в семье, наследственностью, доступностью медицинской помощи. В настоящее время в детских поликлиниках наблюдаются дети и подростки в возрасте до 18 лет.

Современный подросток имеет право жить в безопасной и благожелательной среде, получать достоверную информацию по вопросам здоровья и развития, в том числе по вопросам функционирования репродуктивной системы, иметь доступ к медицинским и консультативным службам.

В последние годы произошли значительные изменения в системе здравоохранения, в результате которых объем профилактической

работы участковых педиатров, подростковых врачей значительно сократился. Всё меньше времени на приеме остается на беседу с подростком о здоровом образе жизни, на помощь в выработке самосохранительного поведения, анализ психологического поведения и привычек подростка, на работу с семьей по вопросам профилактики заболеваний.

С целью создания условий для обеспечения здоровья и психологического благополучия подростков, сохранения репродуктивного потенциала на базе ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №6» была организована «Школа благополучия подростка». Деньги на проект были выделены Министерством здравоохранения Архангельской области в рамках конкурса «Грант молодому специалисту на реализацию проекта в области здравоохранения».

Основные задачи школы: сформировать у подростков ценностные ориентации на сохранение и укрепление здоровья, знания о структуре, функционировании, возможных отклонениях репродуктивной системы; пропагандировать среди подростков основы здорового образа жизни, профилактика негативных привычек; закрепить связи с медицинскими и другими учреждениями города, способствующими укреплению здоровья подростков.

Основные направления деятельности:

- Лечебно-диагностическое направление – прием специалистов: педиатр и подростковый врач, детский гинеколог.
- Психологическое направление – работа клинического психолога: проблемы общения подростков (с родителями, со сверстниками, в школе и др.); коррекция личностных особенностей детей и подростков; профилактика, выявление и социально-психологическая коррекция отклоняющихся и «рисковых» форм поведения детей и подростков (злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, табакокурение, суицидальные тенденции, бродяжничество, беспризорность, девиантное поведение, правонарушения).

- Санитарно-просветительское направление: формирование здорового образа жизни через гигиеническое обучение подростков и воспитание населения (сохранение репродуктивного здоровья подростков, профилактика ИППП, токсикомании, наркомании); организация и проведение увлекательных семинаров-тренингов, лекций, бесед, видеолекториев; проведение информационных кампаний по привлечению внимания к проблеме формирования здорового образа жизни и повышению уровня информированности населения; разработка буклетов, информационных материалов по здоровому образу жизни.
- Организационно-методическая работа: оказание консультативно-методической помощи медицинскому персоналу лечебно-профилактических учреждений и педагогическим работникам социальных и образовательных учреждений в обучении современным методам санпросветработы с подростками, психологии общения с пациентами.
- Научно-аналитическая деятельность: проведение исследовательской работы по проблемам здорового образа жизни детей и подростков; изучение интересов и потребностей детей в целях профилактики и прогнозирования заболеваний и потребности в медицинской помощи; разработка комплексной Программы, призванной обеспечить оптимальные условия для сохранения здоровья подростков.

Межведомственное взаимодействие: взаимодействие «Школы благополучия подростка» с другими организациями, работающими в поле социального сервиса (медицинские и образовательные учреждения, отделы по вопросам семьи, опеки и попечительства, центры защиты прав несовершеннолетних), поможет увеличить эффективность работы обеих сторон и построить цепочки социального сопровождения подростка. Возможен обмен опытом, специалистами, методическими разработками, программами и литературой, помощь при внед-

рении общих концепций на большой территории, проведение совместных мероприятий.

Ожидаемые результаты реализации Проекта «Школа благополучия подростка»: уменьшение количества заболевших подростков (первичная профилактика); уменьшение количества подростков, которые отказались от самолечения (вторичная профилактика); увеличение количества «незаболевающих» подростков, так как у них изменилось отношение к собственному здоровью и здоровью близких им людей; профилактика заболеваний органов репродуктивной системы среди подростков; повышение уровня информированности подростков о вреде социально обусловленных заболеваний; устойчивая мотивация ведения здорового образа жизни у подростков; повышение уровня информированности подростков о современных способах контрацепции; снижение уровня нежелательных беременностей.

Для самого подростка польза от работы «Школы благополучия подростка» состоит в том, что он приобретает реальную возможность получить медицинскую и психологическую помощь, информацию о сохранении здоровья, а значит – легче пройти период взросления.

Проект способствует созданию между врачом и подростком микроклимата, в основе которого – уважение к личности человека, забота о каждом, доверительные отношения между взрослыми и детьми. В результате обеспечивается взаимосвязь всех составляющих здоровья – духовно-нравственного, физического, психического, социального, что в свою очередь говорит о достижении цели, предусматривающей воспитание здорового ребенка, а в будущем здоровых родителей.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ С РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКОВЬЮ

Пастбина И.М., Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Орлова Т.П.

Министерство здравоохранения Архангельской области

Фонд социально – культурных и спортивных инициатив «Добрый мир»

Сохранение здоровья населения является приоритетной задачей государства и органов здравоохранения, важнейшим условием социально-экономического развития страны. Факторы, влияющие на здоровье, условно можно разделить на медицинские и парамедицинские, они тесно взаимосвязаны и представляют собой неразделимый комплекс. Одним из важнейших парамедицинских факторов является духовная помощь, оказываемая пациентам, когда здоровье человека рассматривается с позиции нравственности и веры.

Наиболее квалифицированную, доступную и адекватно воспринимаемую пациентами и медицинскими работниками духовную помощь могут оказать представители религиозных конфессий. Актуальность вопроса подтверждается существующим соглашением о сотрудничестве, заключенным в 2003 году между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Московской Патриархией Русской Православной Церкви, целью которого является обеспечение неразрывной связи между физическим и духовным здоровьем населения, формирование здорового образа жизни и сохранение генофонда нации. Пунктом 11 статьи 19 Федерального Закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено право пациента на допуск к нему священнослужителя и предоставление условий для отправления религиозных обрядов.

Министерство здравоохранения Архангельской области имеет давние традиции взаимодействия с Русской Православной Церковью, которые на современном этапе реформирования, как системы здравоохранения, так и Церкви, реализовались в конкретные направления

совместной работы. Традиционное наследие медицины и Церкви призывает врачей всех специальностей внимательно относиться не только к вопросам физического здоровья их пациентов, но и к духовной стороне существующих проблем, что наиболее ярко проявляется в работе учреждений службы родовспоможения и детства.

Основными направлениями взаимодействия министерства здравоохранения Архангельской области с Архангельской митрополией являются демографическая безопасность региона, социальное обслуживание физически ослабленных лиц, охрана психического здоровья населения, помощь онкологическим больным, а также ВИЧ-инфицированным и страдающим различного рода зависимостями.

Систему здравоохранения можно назвать одной из сфер, которая наиболее активно взаимодействует с храмами Русской Православной Церкви на территории области. Одним из самых первых направлений в сотрудничестве с Архангельской митрополией стали дежурства сестер милосердия в стационарах Архангельска, Северодвинска, Вельска. Сегодня сестры милосердия Архангельского сестричества в честь святой царственной мученицы Александры Федоровны посещают медицинские учреждения, помогая младшему медперсоналу в уходе за самыми тяжелыми пациентами: обездвиженными, перенесшими ампутации, тяжелые операции, за бездомными, стариками и тяжелобольными детьми. Кроме медицинского ухода сестры милосердия поддерживают пациентов, проводят для них праздники в соответствии с религиозным календарем.

Совместно с митрополией в областных учреждениях здравоохранения проводится освящение вновь построенных или введенных в эксплуатацию после капитальных ремонтов зданий; осуществляется просвещение населения по вопросам психологии и семейного воспитания; оказывается психологическая помощь семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, и иным социально уязвимым группам населения (отделения реанимации, химиотерапии и он-

кологии, дома ребенка); издаются печатные материалы по вопросам медицинской профилактики и биомедицинской этики.

Важным направлением совместной работы является профилактика абортот и формирование сознательного материнства. Для получения психологической и материальной помощи психологи доабортного консультирования направляют беременных к священникам. Ведется работа с благотворительными фондами и предпринимателями для привлечения дополнительных средств и гуманитарной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Совместно проводятся крупные акции («В защиту жизни» и «Михайловские дни»), которые включают в себя тематические круглые столы, флэш-мобы, концерты, встречи с молодежью по вопросам профилактики абортов. Кроме того, врачи, психологи вместе со священниками выходят в образовательные учреждения с лекциями «В защиту жизни!». Встречи с подростками направлены на пропаганду семейных ценностей, мотивацию к деторождению и отказу от аборта, формированию ответственного родительства.

Священнослужители митрополии совершают молебны, исповеди в родильных домах (г. Архангельск, Северодвинск), в домах ребенка (Архангельск, Северодвинск, Котлас), областной детской больнице, Северодвинской городской детской больнице и межрайонных центрах родовспоможения и детства (Вельск, Мирный, Няндама, Новодвинск). С 2011 года осуществляется курация священниками областных учреждений родовспоможения, что приносит положительные результаты в отношении профилактики абортов, отказов от новорожденных детей, психологической помощи мамам в трудной жизненной ситуации.

Также совместно с представителями Русской Православной Церкви проводятся семинары и конференции по вопросам охраны репродуктивного здоровья, здорового образа жизни в семье; обеспечивается информационная и методическая поддержка работы обучающих «Школ для беременных».

Начиная с 2001 года министерством здравоохранения Архангельской области совместно с Северным государственным университетом, Ассоциацией медицинских работников Архангельской области, Обществом православных врачей, митрополией проводится областная научно-практическая конференция в честь иконы Божией Матери «Млекопитательница», посвященная вопросам родовспоможения, неонатологии и грудного вскармливания. Конференция традиционно начинается с молебна, с презентациями выступают представители Северного государственного медицинского университета и медицинских организаций области. С 2012 года конференция переросла масштабы области и стала региональной, с участием представителей фонда социально-культурных и спортивных инициатив «Добрый мир» (председатель Т.П. Орлова), а также медицинских организаций Ненецкого Автономного Округа, Республики Коми, Мурманской области.

В январе 2003 года было создано Архангельское отделение Общества православных врачей, в состав которого входят практикующие педиатры и акушеры-гинекологи, заведующие женскими консультациями, детскими отделениями из учреждений Архангельска, Новодвинска, Северодвинска, заведующие кафедрами, профессора и доценты Северного государственного медицинского университета. Православные врачи совместно со служителями церкви работают в отдаленных уголках области, консультируют детское и женское население, выступают с публичными лекциями. Одно из важнейших направлений работы - нравственное воспитание студентов медицинского университета.

Сложившийся на протяжении последних лет позитивный опыт взаимодействия медицинских организаций Архангельской области с Русской Православной Церковью является основой сотрудничества и активации совместных усилий, как в возрождении духовных традиций русской медицины, так и в этическом воспитании медицинских работников.

РАБОТА С ПИСЬМАМИ И ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН КАК МЕТОД УПРАВЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Петчин И.В., Хасанова Н.М.

Архангельская областная клиническая больница

Обращения граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности являются важным средством для реализации прав граждан на охрану здоровья и обеспечение связанных с этим государственных гарантий. Кроме того, они являются источником информации, необходимой для решения текущих и перспективных задач медицинского учреждения [1].

Системный подход к рассмотрению обращений, начиная с их регистрации и заканчивая оценкой полученного результата, соблюдение этических норм при общении с заявителями, адекватность мер, принятых в случае подтверждения претензий и жалоб, позволяет не только установить конкретные нарушения, но и выявлять основные проблемы, принимать меры для исправления возникшей ситуации на ранней стадии.

Оценка ответа на обращение гражданина неукоснительно включает в себя:

- своевременность рассмотрения обращений;
- всесторонность рассмотрения обращений (разрешение по существу всех вопросов, поставленных в обращении, принятие во внимание доводов всех участников, исследование и оценка информации на объективность, достоверность и достаточность);
- объективность рассмотрения обращений в части их подлинности и соответствия установленным требованиям (достоверность полученной информации, оценка фактов, документов в результате непосредственного знакомства с фактами, с исключением одностороннего мнения);
- правовая обоснованность принятых, по результатам рассмотрения обращений, решений (доказанность сделанных выводов и принятого

решения с точки зрения действующего законодательства; наличие ссылок на конкретные нормы права, правомерность принятия тех или иных правовых актов к конкретной ситуации заявителя) [2].

При рассмотрении обращений граждан следует помнить, что они связаны с судьбами людей, их запросами, нуждами, проблемами.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000-2008 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» под удовлетворенностью пациентов понимается восприятие степени выполнения их требований и ожиданий. Очевидно, что оценка медицинской помощи пациентами вещь достаточно субъективная. Она будет зависеть не только от реального положения дел, но и от ожидания и запросов респондентов [4]. Результаты социологических опросов подтверждают, что чем выше запросы, тем хуже оценка, и наоборот. Запросы трансформируются в ожидания. Соответствие между ожиданиями в отношении медицинской помощи и предложенной моделью оказания помощи – ключ к пониманию возникновения претензий.

Современный пациент часто обладает высоким уровнем культуры и информированности в общегигиенических и медицинских вопросах, имеет возможность использовать широчайшее информационное поле. В сложившихся реалиях он может не только оценить и адекватно понять некоторые особенности медицинского обслуживания, но и выступить в качестве полезного партнера при обсуждении вопросов профилактики, обследования и лечения.

Возросший уровень образования у большей части людей, повышение ценности здоровья в сознании современного человека меняют характер отношения между врачом и пациентом [3]. Особенно этот постулат верен при оценке отношения более молодых родственников пациента и лечащего врача, при этом недоучет повреждающих факторов на здоровье близкого человека (давность заболевания, многофакторность патологического процесса) несут негативные последствия в оценке качества оцениваемой помощи.

Зачастую, пациент и его родственники готовы и стремятся участвовать в принятии решений, ориентироваться в вопросах медицины, критически относиться к мнениям, советам и оценкам врачей, их внешней и внутренней культуре. Следует отметить также роль средств массовой информации в формировании общественного мнения, «фона» для обращения граждан по вопросам оказания медицинской помощи [8,10].

Известно, что общественное мнение обладает инертностью, поэтому любые значимые изменения системы здравоохранения в реализации региональных программ модернизации здравоохранения, несомненно, оказывают положительное влияние на удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи, но должно пройти время, чтобы люди оценили сделанное [5,9].

В приведенном анализе проведена оценка письменных обращений граждан с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи и ее качество в отделениях стационара и поликлиническом отделении в ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» в 2013-2014гг.

Письменное обращение гражданина является сложным когнитивным процессом, основанном на установочной системе респондента и одновременно влияющем на нее. Очевидно, что существенное влияние на заявителя оказывают различные ситуационные факторы, в т.ч. психологическое и физическое состояние, личность обращающегося. Часто наблюдаются неосознанные ошибки восприятия и интерпретации полученной информации, оказанной услуги при когнитивной перезагрузке (множество жизненных проблем, усталость, эмоциональная подавленность, депрессия, переживания за близких людей, неудачное время дневного физиологического цикла и т. д.), а также осознанная неправда (желание наказать, чувство мести). При устном заявлении нельзя забывать, что обращается не «абстрактный респондент», а живой человек со своим жизненным опытом, эмоциями, проблемами, симпатиями и опасениями, собственным отношением к

происходящему. Для подготовки решения в таком случае понадобится призма культурологического и социально-психологического анализа происходящего.

Проанализировано 295 обращений при оказании стационарной помощи, из них 31 (10,5%) – обращения с претензиями к оказанной медицинской помощи. Половозрастной состав пациентов был представлен следующим образом: мужчины - 9 (28%), женщины 22 (72%). Из них трудоспособного возраста (до 60 лет) – 15 (48%) человек, неработающие пенсионеры 16 (52%) человек, пациенты с инвалидностью из числа неработающих 13 (42%) человек.

Анализ причин обращений граждан с претензией на стационарном этапе оказания медицинской помощи был детально проанализирован и представлен ниже:

- грубое отношение врача и среднего медицинского работника 5 (16%) случаев;
- уменьшение объема, отсутствие информации, передаваемой пациентам при оказании медицинской помощи - 11 (36%) случаев;
- обращение, указывающее на невыполнение медицинскими работниками своих обязанностей, утвержденных федеральным законодательством и локальными актами - 5 (16%) случаев;
- письменное обращение не содержит фактов нарушения оказания медицинской помощи, основано на завышенных ожиданиях и запросах респондентов - 10 (32%) случаев.

При оказании поликлинической помощи поступило 89 обращений, из них обращений с жалобами на оказание медицинской помощи – 22 (25%). Половозрастной состав был представлен следующим образом: мужчины представили 5 (23%), женщины 17 (77%). Из них трудоспособного возраста (до 60 лет) – 5 (23%) человек, неработающие пенсионеры 17 (77%) человек, пациенты с инвалидностью из числа неработающих 9 (41%).

Анализ причин обращений граждан с претензией на поликлиническом этапе оказания медицинской помощи был детально проанализирован.

зирован и представлен ниже:

- Низкий уровень комфортности поликлинического отделения - 3 (13%) обращений;
- Ожидание очереди в регистратуре, грубое отношение средних медицинских работников – 5 (23%) обращений;
- Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия туалетных комнат - 3 (13%) обращений;
- Длительное время ожидания приема врача – 4 (18%) обращений;
- Грубое отношение врача и отсутствие доверия к своему врачу – 7 (33%) случаев.

Проанализировав полученные данные, в 2014 году был принят ряд управленческих решений, направленных на реорганизацию оказания помощи в поликлиническом отделении. В настоящее время в консультативной поликлинике созданы условия для более комфортного ожидания пациентов, используются информационные экраны при ожидании приема (проведение занятий «Школы пациентов с гипертонией», симптомы и тактика при гипертоническом кризе, инсульте), оптимизирована система записи пациентов на прием к врачу с применением электронной очереди, усилен контроль за соблюдением санитарно-гигиенических условий, усилен контроль за соблюдением медицинским персоналом принципов медицинской этики и деонтологии.

Несмотря на продолжающиеся дискуссии о невозможности объективной оценки пациентом истинного качества помощи, следует признать, что существует множество обоснованных и управляемых причин недовольства [7].

На этом этапе важнейшую роль приобретает как использование конкретных технологий в конкретных клинических ситуациях – система принятия решений, основанная на использовании стандартов, протоколов, схем маршрутизации пациентов, так и доступность современной клинической информации, основанная на развитости медицинских технологий в ЛПУ[6], демографических показателях (со-

отношение работоспособного населения и пожилых, мужчин и женщин, детей и взрослых) в модели оказания медицинской помощи, особенности образа и уровня жизни населения (факторы риска, социально обусловленные заболевания).

В 2014 году решение этой задачи стало одним из приоритетных направлений деятельности областной больницы. Активно формируется внешнее «информационное поле»: ежедневно обновляется сайт больницы, в поликлинике используются инфоматы, информационные стенды, региональные СМИ регулярно освещают деятельность нашей организации. Реализуются и «точечные» проекты: работают специализированные «Школы пациентов» по наиболее значимым для Архангельской области нозологиям (хроническая сердечная недостаточность и врожденные пороки сердца; нарушения сердечного ритма; сахарный диабет; болезнь Паркинсона и другие дегенеративные заболевания; эпилепсия; хронические гастроэнтерологические заболевания), а также проект «Школа маминой любви» для пациенток акушерского отделения.

Результаты анализа обращений свидетельствуют о важности мониторинга мнения пациентов для повышения эффективности внедрения современных информационных систем в учреждении здравоохранения, методов работы, направленных на повышение информированности пациентов, на достижение должного соотношения между ожиданиями, запросами и оказываемой медицинской помощью.

Литература:

1. Вялков А.И. Управление качеством в медицинских учреждениях // Главврач. 2013. №3. С. 59-69.
2. Ирошникова Л.В. Удовлетворенность граждан качеством и доступностью медицинской помощи //Экономист лечебного учреждения. 2014. №5. С. 55-59.
3. Павлова Е.Е. Обращения граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности //Управление качеством в здравоохранении. 2014. №2. С. 3-7.
4. Татарников М.А. Критический анализ результатов изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в субъектах Российской

Федерации в 2011-2012 годах //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2013. №3. С. 3-9.

5. Цыганков Б.Д. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы) //Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2014. №4. С. 18-22.

6. Шильникова Н.Ф. Анализ социальной удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №1. С. 40-42.

7. Успенская И.В. Социально-экономические аспекты организации больницы помощи на региональном уровне: автореферат дис... док.мед.наук.-Рязань, 2014.-43 с.

8. Berkowitz E.N., Flexner W.A. The market for health care services Is there a non-traditional consumer? //J. Hlth Care Market. 1981. 1(1) 25-34

9. Boscarino J., Stebier S.R. Hospital shopping and consumer choice. //J. Hlth Care Market. 1982. 2(2). 23-54;

10. Goldstein L., Farquhar M.B., Crofton C., Garfincel S., Darby C. Why another patient survey of hospital care. //Health Services Research, 2005 DOI: 10.1111|J.1475-6773.20905.0047.x.

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Плаксин В.А., Анисимова Л.К., Плаксина Н.Ю.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Основной причиной роста количества детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является разрушение государственной инфраструктуры социализации и общественного воспитания детей без формирования новой эффективной структуры социализации и досуга детей в условиях рыночных отношений.

Существенно сократилось число и снизилась доступность детских дошкольных учреждений, образовательных заведений, домов детского творчества, детских санаториев, домов культуры, спортивных учреждений, музеев, учреждений семейного отдыха и досуга и летнего отдыха детей, музыкальных и художественных школ. Нега-

тивную роль сыграла отмена обязательного среднего общего образования и коммерциализация профессионального образования.

Другой существенной причиной роста количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является кризис семей: рост бедности, ухудшение условий жизнедеятельности и разрушение нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей. В результате роста смертности людей в молодом возрасте, разводов и внебрачной рождаемости увеличивается число неполных семей, имеющих меньшие возможности для содержания и воспитания детей. Ослаб воспитательный потенциал семьи, разрушаются ее нравственные устои, утрачиваются фундаментальные человеческие ценности. Увеличивается число детей, пострадавших от жестокости родителей, и число родителей, лишенных родительских прав [25].

В настоящее время в России зарегистрировано более 800 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Несмотря на повышение активности потенциальных приемных родителей, всегда часть детей будет проживать в государственных интернатных учреждениях.

В России сегодня 1500 детских домов, 240 домов ребенка, более 300 школ-интернатов для детей-сирот, более 700 социальных приютов и 750 социально-реабилитационных центров для детей и подростков. Основными причинами, способствующими распространенности сиротства, считаются: рост числа детей рожденных вне брака, социальная дезорганизация семей, материальные и жилищные трудности родителей, нездоровые отношения между ними, слабость нравственных устоев и негативные явления, связанные с деградацией личности взрослого человека (алкоголизм, наркомания, злостное уклонение от обязанностей по воспитанию ребенка) [1].

Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать этические аспекты общения, психологические особенности детей, их переживания, чувства. При общении с детьми медсестра испытывает эмоциональное напряжение, ино-

гда вызываемое гиперактивным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями. В этих случаях она должна сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе раздражительность и чрезмерную эмоциональность.

Целью исследования была оценка педагогами качества работы медсестер детского дома. Было проведено анкетирование воспитателей, имеющих высшее профессиональное образование и работающих в одном из детских домов г.Архангельска преимущественно с детьми дошкольного возраста. Для проведения исследования нами была разработана анкета. В анкетировании приняли участие 20 человек. Средний возраст опрошенных $43,6 \pm 1,5$ года.

Педагогический персонал имеет большой опыт работы с детьми в интернатных учреждениях, знает особенности подхода к детям и сможет оценить работу сестринского персонала именно с позиции и создания психологически комфортной среды в учреждении. Эффективность работы педагогов зависит от того, насколько плодотворно развивается его сотрудничество с сестринским персоналом. Эти отношения должны строиться на партнерской основе, а не быть конкурирующими.

При анкетировании мы выяснили, что в 83% случаев медсестры обращаются к детям по имени, в остальных 17% по фамилии. Доброжелательное отношение медсестер отметили 76% анкетированных. Сестры при общении с детьми не используют обращений «мальчик», «девочка» и др. Но для создания наиболее благоприятной психологической обстановки необходимо обращаться к ребенку исключительно по имени. Недопустимо деление детей на «хороших» и «плохих», а тем более выделять «любимчиков».

Одна из важнейших обязанностей медсестры - ранее выявление заболевших детей в группах для своевременного оказания им помощи и изоляции при необходимости. В 100% случаев, по мнению воспитателей, заболевшие дети выявляются быстро. Это говорит о высокой квалификации сестер, их умении распознать начальные симптомы за-

болеваний.

Так же все опрошенные подтвердили, что медсестры всегда учитывают отношение ребенка к процедуре и проводят психологическую подготовку к манипуляциям (к прививкам, осмотру и др.). Перед процедурой медсестра всегда объясняет суть манипуляции, учитывая уровень знаний маленького пациента. Если ребенок отрицательно относится к процедурам, медсестра разъясняет необходимость проведения вмешательства, говорит о цели ее. Если это необходимо, то всегда побудет с ним до окончания процедуры. Это отметили также все опрошенные воспитатели.

Респондентам предложили расположить функции медсестры по их значимости. На первое ранговое место большинство опрошенных поставили профилактическую работу. Большинство педагогов (12 человек, 60%) считает, что это основное и необходимое направление в работе сестринского персонала. Второе ранговое место было отдано противозидемической работе. Далее по мере убывания – контроль и организация питания. Это связано с тем, что соблюдение санитарно-противозидемического режима на пищеблоке – это залог здоровья воспитанников.

На четвертом ранговом месте по значимости – лечебная работа. В дополнение к лекарственным препаратам часто применяются физиотерапия, фитотерапия. На пятом месте по значимости стоит санитарно-просветительная работа. Несмотря на то, что постоянно имеется обновляемый информационный бюллетень, сестринский персонал беседует индивидуально с детьми по их проблемам, для воспитателей, к сожалению, эта форма работы находится на одном из последних мест. Административную работу воспитатели поставили на последнее место, хотя она является очень значимой. Этот элемент работы медсестер не заметен, поэтому он не оценен педагогами.

Три четверти опрошенных (15 человек) уверены, что медсестра нужна в детском доме круглосуточно. Ее помощь незаменима, особенно в период эпидемий, при появлении экстренных проблем у де-

тей, неотложных состояний, травм в том числе в ночное время. Все воспитатели отметили достаточный уровень снабжения медикаментами в последние годы.

Результаты анкетирования выявили, что педагогический персонал высоко оценил профессионализм и качество работы сестринского персонала, но больше оценивают только видимую часть работы. Организационная работа, индивидуальная санитарно-просветительная работа остаются вне поля зрения педагогов.

Что касается профессиональных и личностных качеств медсестер, работающих на постоянной основе с детьми-сиротами, мы считаем, что необходимо выделить следующее:

Авторитет – связан, прежде всего, с профессионализмом и личным обаянием. Медсестра может вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, не допускает ошибки, не проявляет агрессивность и раздражительность, ей доверяют как профессионалу пациенты и коллеги.

Профессиональная компетентность - это интегративное качество личности специалиста, включающее систему знаний, умений и навыков, обобщенных способов решения типовых задач.

Согласие - является основным индикатором стиля межличностного взаимодействия. Отражает степень, с которой человек склонен кооперироваться с другими, сотрудничать, соглашаться, идти на уступки и прислушиваться к чужому мнению - альтруизм, конформизм. Такие люди обычно также симпатизируют окружающим, проявляют теплоту и участие по отношению к ним, сострадают, сочувствуют, пытаются помочь и верят, что окружающие в случае необходимости не откажут в помощи. Они тактичны, щедры и великодушны.

Эмоциональная стабильность - отражает способность индивида к адаптации к жизни и устойчивость по отношению к стрессовым ситуациям. Это спокойствие и уверенность в себе, в противоположность незащищенности, тревожности, депрессивности и эмоциональности

Эмпатия – способность точно, адекватно распознать эмоциональное

состояние других людей и сопереживать им. Здесь имеется в виду не рациональное осмысление проблем другого человека, а стремление эмоционально его понять и эмоционально откликнуться на его переживания. Это вовсе не означает, что человек тем самым полностью одобряет поведение партнера и его поддерживает. Он ее понимает и принимает, но свое поведение может строить иначе. Является синонимом *эмоциональной отзывчивости*.

Доброжелательность - стремление человека быть открытым другим людям.

Добросовестность - честное соблюдение обязательств и нравственных норм.

Интеллигентность - совокупность личностных качеств индивида, отличающихся высоким уровнем развития интеллекта, образованностью и культурой.

Честность и правдивость – способность к правдивому и честному отражению информации о состоянии здоровья человека.

Коммуникабельность - способность человека к коммуникации, установлению контактов и связей.

Самообладание - способность индивида к сознательной волевой организации психических процессов и осуществлению деятельности в критических ситуациях.

Честь и достоинство - неукоснительное соблюдение человеком профессионального долга и нравственных норм делового общения; достойные уважения и гордости моральные качества, принципы человека.

Настойчивость – способность доводить до конца принятые решения, достигать поставленных целей. От настойчивости следует отличать упрямство, где признается лишь собственное мнение, хотя оно может быть и ошибочным.

Забота и внимание жизненно важны и физически и психически, эти две сферы воздействий просто невозможно резко отделить друг от друга. Физически (или психически) больной человек, стремясь

освободиться от болезни, выздороветь, ожидает помощи, поддержки, заботы. Эти ожидания, свойственные ребенку в любой жизненной ситуации, еще более остро проявляются во время болезни. Неудовлетворенность этих ожиданий часто выражается в повышенной чувствительности, обидчивости детей. Слово может иметь сотни оттенков, одно и то же слово может быть произнесено самым различным образом, и уже на основе того, каков тон обращения к нему, больной может судить о том, чего ему в данном случае ожидать от медсестры, в какой степени проявляется ее забота о нем, внимание к нему. Нежность, ласковость, терпение и вежливость – вот составные элементы хорошего стиля работы, в них и выражается забота, внимание и любовь сестры к своим пациентам. В работе сестер очень часто «как» бывает значительно важнее, чем «что».

Доверие также важно, оно приравнивается к вере в выздоровление. Ребенок верит в медицинскую сестру, он чувствует себя в безопасности: знает, что получит все, что необходимо для восстановления его здоровья. И скорее выздоравливает. Определенное постоянство в поведении медсестры усиливает доверие больных. Они всегда могут рассчитывать на нее.

Умение хранить тайны детей также усиливает доверие. Часто сестры не обладают этим умением, рассказывают о том, что случилось с другими пациентами, тем самым, вызывая страх и беспокойство. Такой сестре ребенок в следующий раз не станет ничего о себе рассказывать.

Уважение является не менее существенным при обращении к ребенку. Это начинается уже с обращения к нему сестры. Те дети, которые представляют собой лишь «мальчика» или «девочку» которых иначе и не называют, с правом могут чувствовать себя обиженными и униженными. Такой же вред наносит и оценка детей – пусть даже в официальных беседах медицинского персонала между собой [4].

Способность понять ребенка является не только одной из важных

задач, но и необходимостью. Не только в психологии больного, но и в деятельности по уходу за ним неминуемо встает вопрос о том, что означает заболевание для больного, как он на него реагирует, что стимулирует его к должному поведению, быстрому выздоровлению.

Задачи воспитания детей закрытых учреждений вытекают из общих задач воспитания - физического, умственного, нравственного и эстетического. Только комплексный подход к воспитанию – педагогов, медицинских работников, администрации учреждений – позволит решить эту проблему. Регулярные совместные встречи, обмен мнениями помогают поддержать и поднять авторитет специалистов, работающих с детьми-сиротами, выработать общую линию поведения по отношению к конкретному ребенку, совместно решить текущие проблемы, касающиеся детей.

Список литературы:

1. Бессчетнова О. В. Приемная семья как объект государственной семейной политики (опыт регионов) // Власть. – 2011. – № 6. – С. 77-80
2. Зелинская Д.И. Медицинские проблемы социального сиротства / Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. – 2009. - том 8. - №1. – С.5-9.
3. Ивлева Т.В. Проблема усыновления российских детей // Вестник Башкирского университета. - 2013. - Т. 18. - №3 - С. 928-929
4. Плаксин В.А., Макарова В.И., Плаксина Н.Ю. Образовательная деятельность в учреждениях интернатного типа по формированию здорового образа жизни подростков // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6;
5. Плаксин В.А., Плаксина Н.Ю. Динамика состояния здоровья детей интернатных учреждений. Апрельские чтения: сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференций, 2014. - Архангельск. - С. 100-102
6. Чуканова Т. В. Деятельность старших медицинских сестер по обеспечению соблюдения этико-деонтологических принципов в работе сестринского персонала в педиатрических отделениях. / Т. В. Чуканова // Главная медицинская сестра. – 2003. - №3. – С. 120-123.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Плаксина Д.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, биологический факультет;

Институт эволюционной физиологии и биохимии им.И.М.Сеченова, г.Санкт-Петербург

Создание лекарственных препаратов и определение их эффективности – сложный, многоступенчатый процесс, в котором на различных этапах участвуют люди разных профессий – биохимики и молекулярных биологи, цитологи, гистологи, физиологи и, наконец, врачи. Ученые-биологи, как правило, вовлечены в процесс изучения нового вещества для определения его терапевтических эффектов сначала на клеточных (*in vitro*), а затем на животных моделях (*in vivo*). Процесс создания нового лекарственного средства завершается этапом клинических испытаний, который биомедики и врачи проводят сначала на здоровых добровольцах, а затем на пациентах, для лечения которых данный препарат предназначен [1].

После открытия и обнаружения в организме какого-либо живого существа новой молекулы, чаще всего, белка, ведется его тщательное изучение, установление последовательности аминокислот и точной пространственной структуры, его функций и возможной пользы как терапевтического агента. Как правило, такие опыты проводятся *in vitro*, то есть на стандартных или специально созданных клеточных культурах. Данный этап не предусматривает соблюдения каких-либо этических правил и норм, за одним исключением – иногда первичную культуру клеток необходимо получать непосредственно из животных, чаще всего, из эмбрионов крыс и мышей. Таким способом, например, получают клеточные линии для изучения процессов дифференцировки стволовых клеток в нейроны, процессов регенерации различных типов тканей и участия в этих процессах определенных белков.

Опыты *in vitro* очень важны на первых этапах научных разработок, когда необходимо выяснить эффект исследуемого вещества на

определенные типы клеток и тканей. Однако организм является сложной системой, где все компоненты взаимосвязаны, и полноту этих связей невозможно воспроизвести *in vitro*, сколь бы сложная система межклеточных взаимодействий не воспроизводилась. Более того, многие типы клеток *in vivo* ведут себя иначе, чем в чашке Петри, а скорость распространения и метаболизм исследуемых веществ *in vivo* и *in vitro* могут отличаться, что также осложняет работу и снижает достоверность полученных результатов [2, 3]. Обязательным требованием законодательств многих стран и любых этических руководств по проведению экспериментов, является невозможность испытания нового вещества на человеке, если тесты на животных не показали его безопасность. Поэтому после исследований *in vitro* наступает этап апробации нового вещества на животных.

До 80-х годов XX века в мире отсутствовала единая система проведения экспериментов над животными, вследствие чего данные многих авторов по одному и тому же вопросу могли отличаться из-за различных условий содержания животных и методов работы с ними. На настоящий момент, все основные правила и этические нормы, которыми должны руководствоваться ученые-биологи и медики при проведении экспериментов на животных, изложены в руководстве «International guiding principles for biomedical research involving animals» [4]. Данное руководство было создано в 1985 году Советом международных организаций медицинских наук (англ. CIOMS), на основе обширных международных и междисциплинарных слушаний. Любая экспериментальная деятельность, связанная с животными, должна осуществляться в рамках этого руководства.

На сегодняшний день практически в каждом научно-исследовательском институте, где проводятся опыты над животными, создан свой этический комитет. Основной задачей членов такого комитета является соблюдение правовых и этических норм обращения с животными, развитие щадящих подходов к экспериментированию на них. Все животные, участвующие в экспериментах, содержатся в экс-

периментально-биологических клиниках (ЭБК), где соблюдены все условия, необходимые для проживания животных, которые часто отсутствуют в лабораторных помещениях (постоянный световой режим, свободный доступ к воде и пище, отсутствие стрессорных факторов и т.д.). Этический комитет определяет стандарт проведения различных типов экспериментов над животными, а также гуманные методы выведения животных из эксперимента.

Большим преимуществом наличия ЭБК при научно-исследовательских институтах является выведение чистых линий животных с известными характеристиками. Примером является широко используемая в биологии линия крыс Wistar. Работа с линейными животными позволяет значительно снизить количество особей, участвующих в эксперименте, так как разброс между исследуемыми признаками в контрольных условиях является минимальным.

Однако, несмотря на плюсы, наличие этических правил и норм накладывает определенные ограничения на работу исследователей. Так, при проведении любых опытов, острых или хронических, необходимо тщательно обосновывать число животных, участвующих в экспериментах. Как правило, этический комитет стремится минимизировать количество подопытных животных, что значительно осложняет статистическую обработку полученных результатов. Выходом из такой ситуации служит повторение одних и тех же опытов независимыми группами исследователей. Результат может считаться достоверным при его высокой воспроизводимости.

Несмотря на то, что проведение экспериментов над животными является базисом современной биомедицины, существуют международные организации и движения, выступающие против таких исследований. Помимо этого, в последние годы развитие компьютерных технологий достигло небывалых размахов, и, как следствие, компьютеризация захватила многие отрасли науки, в том числе и биологию. С 90-х годов XX века все большее распространение получает метод исследования *in silico*, т.е. компьютерное моделирование поведения

молекул, биохимических процессов и отдельных физиологических систем [5]. Сейчас компьютерное моделирование широко используется для исследования структуры отдельных молекул, их взаимодействия внутри клетки, в том числе в приложении к биомедицине и разработке новых лекарственных средств [6]. Возможно, в скором времени метод *in silico* выйдет за пределы клетки на тканевый, а затем и организменный уровень, что позволит максимально снизить количество животных, приносимых в жертву науке.

Используемая литература:

1. Мелихов О. Г. Клинические исследования. — М.: Атмосфера, 2003. — 200 с.
2. Williams C. S. et al. Celecoxib prevents tumor growth *in vivo* without toxicity to normal gut: lack of correlation between *in vitro* and *in vivo* models //Cancer research. — 2000. — Т. 60. — №. 21. — С. 6045-6051.
3. Emami J. *In vitro*–*in vivo* correlation: from theory to applications //J Pharm Pharm Sci. — 2006. — Т. 9. — №. 2. — С. 169-189.
4. Council for International Organizations of Medical Sciences. International guiding principles for biomedical research involving animals. — World Health Organization, 1985.
5. Sieburg, H. B. (1990). Physiological Studies *in silico*. Studies in the Sciences of Complexity 12, 321—342.
6. Campbell C. O. et al. *In silico* characterization of an atypical MAPK phosphatase of Plasmodium falciparum as a suitable target for drug discovery //Chemical biology & drug design. — 2014. — Т. 84. — №. 2. — С. 158-168.

АКТИВНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК: МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА - ЭТИКА – ПАЦИЕНТ

Пышнограева Н.С.

Архангельская региональная общественная организация «Союз медицинских профессионалов», Архангельский центр медицинской профилактики

«Сестра должна иметь тройную квалификацию:
сердечную – для понимания больных,
научную – для понимания болезней,
техническую – для ухода за больными»

Флоренс Найтингейл

В современном здравоохранении все большая роль отводится самому многочисленному отряду медицинских работников – медицинским сестрам. Важное значение приобретает качество оказываемых сестринских услуг, удовлетворенность пациентов от взаимодействия с данной подсистемой. Сегодня медицинская сестра не только манипулятор, она самостоятельный сотрудник, принимающий решения в сфере управления и организации отделения. Личность медицинской сестры, метод ее работы, умение общаться с пациентом и родственниками, владение техникой психологической работы с пациентами – все это само по себе может служить лекарством и оказывать исцеляющее действие. Повышение качества сестринской помощи возможно при эффективном взаимодействии медицинской сестры, профессионально компетентной, и пациента (его родственников) в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях, при наличии стойкой положительной мотивации пациента (родственников) на выздоровление, сохранение здоровья[3].

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры [4]. Положения данного документа регулируют этические аспекты в профессиональной деятельности медицинской сестры, которые целиком и полностью должны соблюдаться при исполнении своих трудовых обязанностей. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека, обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Важнейшими качествами медицинской сестры считаются: уважительное отношение, стремление помогать, внимание, терпимость, доброта, вежливость, душевность. Немаловажную роль играют - внешний вид, выражение лица, речь медицинской сестры[1]. Все в медсестре должно располагать к себе пациента и только тогда возникает доверитель-

ный диалог. Медицинская сестра большую часть профессиональной деятельности находится с пациентом, при этом ей приходится выполнять и руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. Для пациента важно не только лечение, но и как его встретили медицинские работники, поскольку первый контакт пациента с медицинскими работниками имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет – чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. Именно поэтому необходимо отметить особое значение этики и деонтологии в профессиональной деятельности медицинской сестры[2].

С целью оценки качества сестринской помощи нами было проведено исследование-анкетирование пациентов находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях г. Архангельска.

Анкета состоит из 15 вопросов и включает данные о пациенте (пол, возраст, социальное положение), мнение пациента о работе медицинских сестер в данном отделении. В исследовании приняли участие 183 пациента.

Получены следующие данные: Большинство пациентов – это люди старше 50 лет (75%). Среди опрошенных – 57% женщины, 43% - мужчины.

Пациентам было предложено указать, какие профессиональные качества присущи медицинским сестрам, все опрошенные 100 %, в первую очередь выделили профессионализм, 14% отметили доброжелательность, 6% - сострадание и 1% - заинтересованность. Сестринский персонал достаточно уделяет внимания и времени пациентам, находящимся на стационарном лечении и это отметили 87%, при этом 9% ответили, то недостаточно, 4 % затруднились ответить, а так же внимательно относятся к проблемам пациента 90%.

Большинству опрошенных (80%) и их родственникам была полностью предоставлена информация о правилах приема назначенных лекарственных препаратов, 11 % - частично, 9% не получили необхо-

димую информацию. На вопрос о том, был ли разъяснен медицинской сестрой характер, содержание проводимого исследования при подготовке к диагностическим и лабораторным исследованиям, большинство опрошенных ответили положительно (72%) на поставленный вопрос, 15% - частично получили информацию и 13% ответили отрицательно.

Медицинская сестра, несомненно, должна владеть техникой психологической помощи, поскольку пациент в первую очередь обращается к медицинской сестре и на вопрос о том была ли оказана психологическая помощь, ответы распределились следующим образом, 51% ответили «да в полном объеме», 21% - нет, 14% - не в полном объеме, 14% - затруднились ответить.

Сестринский персонал стационара большую часть профессиональной деятельности находится с больным, поэтому огромное значение имеет организация сестринского ухода за пациентом, так 82% довольны организацией сестринского ухода в стационаре, 16% частично и 2% - нет.

Речь медицинской сестры должна соответствовать нормам русского литературного языка, на маловажное значение имеет, как обращается медицинская сестра к пациенту. В целом большая часть опрошенных, (70%) указали - на вы, 16% - по имени отчеству, 11% - по фамилии, 3% на ты. Пациенты оценили внешний вид медицинских сестер. По полученным данным большинство (86%) дали хорошую оценку внешнему виду медицинской сестры, 12% - удовлетворительную оценку и 2% оценили неудовлетворительно.

Был задан вопрос, были ли конфликтные ситуации с медицинской сестрой. К сожалению, семи (4%) респондентам пришлось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре. Несмотря на то, что в анкете было предложено указать причину конфликта, лишь один человек это сделал, указав, что ему в грубой форме было отказано в ингаляторе.

Таким образом, на современном этапе развития сестринского дела, медицинская сестра является не только техническим исполнителем назначений врача, но и в определенном смысле психологом, педагогом, поскольку именно медицинские сестры проводят больше времени с пациентами. Любое заболевание для человека стресс, особенно если нужно проводить в стационарных условиях. Даже безупречное выполнение манипуляций оставит негативное впечатление, если будет сопровождаться некорректным поведением медицинских сестер. Поэтому необходимо больше уделять времени обучению сестринского персонала психологии, этике и деонтологии.

1. Лысов Н.А., Пензина О.П., Прохоренко И.О., Супильников А.А., Девяткин А.А. Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества сестринской помощи// *Фундаментальные исследования*, 2012г., №4
2. Пономарева Л.А., Бурлова Н.Г., Литвина А.М., Сыромятникова О.М. Изучение уровня конфликтности и профессионального стресса медицинской сестры, а так же удовлетворенности пациентов сестринской помощью// *Главная медицинская сестра*, 2012г., №4
3. Хетагурова А.К. Пуляевская Т.В. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры // *В помощь практикующей медицинской сестре*, 2008г., №1(15)
4. *Этический Кодекс медицинской сестры России*, 1997г.

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АРХАНГЕЛЬСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Рожина Е.Г.

Архангельский госпиталь для ветеранов войн

В июне 2014 года ГБУЗ АО «Архангельский госпиталь для ветеранов войн» исполнилось 20 лет. Архангельский госпиталь для ветеранов войн ввели в эксплуатацию на основании приказа департамента здравоохранения Архангельской области 24 июня 1994 г. № 120/1-О во исполнение постановления Правительства СССР, в котором предлагалось в честь 40-летия Победы построить во всех областных центрах госпитали для фронтовиков. Первым начальником госпиталя для ветеранов войн был назначен Соловцов Анатолий Николаевич, с

2002 по 2014 гг. - Бычко-Токовой Игорь Степанович, в 2014г - обязанности начальника госпиталя исполняла Силуянова Надежда Александровна, в 2015 г. госпиталь возглавил Пономарев Олег Анатольевич.

За прошедший период учреждение стало ведущим учреждением, оказывающее высококвалифицированное лечение и своевременную реабилитацию инвалидам и участникам войн. Сегодня к деятельности госпиталя относится обеспечение стационарной помощью не только инвалидов и участников Великой Отечественной войны, но и героев «малых» войн и конфликтов (Северная Корея, Вьетнам, Эфиопия, Куба, Сирия, Египет). Пациентам госпиталя оказывается квалифицированная медицинская помощь и уход, на высоком уровне осуществляется медико-социальное обеспечение, которому в настоящее время уделяется большое внимание.

В работе медицинского персонала госпиталя нет формализма и безответственности, вся деятельность учреждения направлена на укрепление позитивных этико-деонтологических отношений. Значительную роль в укреплении сплоченности коллектива играет руководство, в т.ч. главная медицинская сестра, которая, хорошо зная характерные особенности, семейно-бытовые условия и другие социальные факторы персонала, во всех сложных ситуациях может найти правильное решение. В коллективе преобладают добрые товарищеские отношения между сотрудниками, каждый работник чувствует полезность и важность своего труда в общем благородном деле лечения населения.

Позитивный уровень взаимоотношений между медицинским персоналом, дисциплинированность, культура и качество обслуживания являются главным звеном в деятельности нашего коллектива. Высокая этика отношений во всех звеньях медицинской структуры отделения: санитарка — палатная медицинская сестра — процедурная медицинская сестра — сестра-хозяйка — старшая медицинская сестра — ординаторы — заведующий отделением, при четком вы-

полнении каждым своих профессиональных обязанностей благотворно влияют на лечебный процесс.

Практически постоянно около пациентов находится медицинская сестра, она непосредственно общается с ними и поэтому всегда учитывает психические особенности, чувства, переживания, суждения и психосоматическое состояние пациента. Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний медицинской сестре необходимо также знать его социальное, семейное и должностное положение. При общении медицинских сестер с пациентом большое значение имеет чуткость, т.е. умение внимательно выслушать пациента и желание понять его переживания. Такое отношение поднимает настроение, отвлекает пациента от гнетущих мыслей о неутешительном прогнозе заболевания. Важно, что при этом она подбадривает пациента сочувственным словом, убеждает в необоснованности его опасений. Медицинской сестре приходится выполнять и руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. Прием больного в госпиталь, его знакомство с распорядком жизни больницы, сообщение ему необходимых вовремя его пребывания здесь сведений, выполнение назначений врача, — все это выполняется через сестру, с ее помощью. Врач не имеет возможности по нескольку раз объяснять больному одно и то же. Его представителем для пациентов является медицинская сестра, которая «переводит» больным все, что было ими неправильно понято, вообще не понято или не так воспринято, как это следовало бы. Очень важно умение медицинской сестры видеть, что и как понял больной, в чем состоит недоразумение, способность умело разъяснить ему недопонятое или плохо понятое.

Больной очень многое может узнать о неправильности своего образа жизни, сама болезнь требует от него по-новому вести себя, приспособиться к новым условиям. Медицинская сестра, способствуя осуществлению на практике этого нового, здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает больному развиваться.

Эта работа может быть эффективно только в том случае, если она хорошо знает своих больных. Ведь необходимо знать, кому, что и как следует объяснять. В условиях лечебного учреждения первый с контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо этико-деонтологическое значение.

Медицинский персонал госпиталя не только придерживается этико-деонтологических традиций, сложившихся в учреждении, но и укрепляет их в соответствии с повышением своего профессионального и культурного уровня. К важным вопросам медицинской этики принадлежит этика отношений, в том числе и отношение медицинских сестер к родным и близким пациента. Особая нагрузка на медицинскую сестру приходится в часы передач и посещений. Поведение медицинских работников всегда тактично. Беседа медицинских сестер с родными не выходит за рамки ее компетенции. Если родные ставят вопрос о характере заболевания, возможного прогноза, то медицинская сестра предлагает обратиться за разъяснением к врачу. Если медицинская сестра в момент обращения родственника не может уделить ему должного внимания, то она вежливо извиняется, объясняет, что у нее срочная работа и просит назначить другое время встречи.

Не стоит забывать о том, что во время обследования пациент сам наблюдает за медицинским работником. Поверхностные расспросы, непродуманные ответы, фамильярность при общении оскорбляют пациента, снижают авторитет медицинского работника. При беседе пациент нередко настороженный и беспокойный, поэтому наши медицинские сестры всегда контролируют свои высказывания. Культура поведения и этика взаимоотношений медицинских работников между собой и с пациентами является чрезвычайно важной составляющей всего лечебного процесса и в значительной мере способствует повышению имиджа нашего медицинского учреждения.

Медико-социальное обслуживание ветеранов включает многие аспекты. Несмотря на то, что учреждение прежде всего лечебный

стационар, большое внимание уделяется досугу пациентов. При поддержке АМРАО и СГМУ сложились постоянные отношения с творческими коллективами, в т.ч. медицинских работников и студентов. Ветераны имеют возможность посещать патриотические мероприятия в СГМУ. Студенты вместе с общественниками посещают ветеранов с концертами и праздничными выступлениями. Организуются совместные поздравления ветеранов-медиков, находящихся на лечении в госпитале, с юбилейными датами. Связь поколений не прерывается, что на сегодняшний день подтверждает совместная плодотворная подготовка к 70-летию Победы.

АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ АБОРТ - ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Санников А.Л.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Проблема искусственного (артифициального) аборта чрезвычайно многонаправленна, междисциплинарна и кроме негативных медицинских аспектов включает в себя морально – этическую, теологическую, социально – демографическую, психолого – психиатрическую, экономическую и историческую составляющие. Российская Федерация за последние 60 лет лидирует в мире по всем показателям, характеризующим аборт в женской популяции, многократно превышая соответствующие уровни, особенно развитых стран.

Ретроспектива событий вокруг аборта, даже произошедших значительное число лет тому назад, молчаливое неосуждение этой проблемы обществом, череда запретов и поощрений, их динамика до настоящего времени оказывают, в силу своей исторической ментальности, негативное влияние на репродуктивное поведение определенных социально – демографических групп женской популяции.

В дореволюционной России аборт грозил женщине заключением в «исправительный дом», а врачу – лишением права заниматься профессиональной деятельностью и лишением свободы. Тем не менее, число криминальных (только учтенных) аборт в стране в период до Первой мировой войны ежегодно составляло около 400 000, уровень

абортов – от 8 до 12 на 100 родов. Удельный вес женщин, поступавших в больницы с различными осложнениями после криминального аборта, достигал 30% от всех пациенток родильных отделений в 1913 году. Проблемы "выкидыша" и его последствий, легализации аборта дискутировались на съездах "Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова" (1889, 1913 гг.) [3, 5, 6].

Впервые в мире искусственный аборт был узаконен в 1920 году декретом В.И. Ленина «Об искусственном прерывании беременности». В других странах, где было сильно влияние религиозных конфессий, аборт был легализован на 30-40 лет позже. Советской России того времени не нужна была женщина – «мать», страна «использовала аборты для высвобождения женщин для нужд народного хозяйства». Символами первых советских пятилеток являлись Валентина Гризодубова - «женщина-летчик», Дарья Гармаш – «женщина - комбайнер», Паша Ангелина-тракторист, стахановка и т.д. Более того, в конце 1920 - начале 1930 –х гг. в стране появились так называемые «Абортные комиссии». Разрешение на аборт в этих комиссиях давалось только женщинам – членам партии, передовикам производства и т.д., как определенное поощрение за лояльность и «коммунистический дух». Данная ситуация незамедлительно отразилась на статистике, если в начале 20 –х годов в Москве на 100 родов приходилось 30 абортов, то в середине 30 - х - около 300 [2].

Резкое снижение рождаемости (с начала 1930-х гг.), потери народонаселения вследствие репрессий, депортаций и раскулачивания привели к снижению естественного прироста и населения в целом. В стране по традициям того времени «после длительного обсуждения трудящимися» было принято Постановление ЦИК СССР №1134 от 27.06 1936г. «О запрещении абортов». В постановлении прописывалась уголовная ответственность: медицинскому работнику за проведение нелегального аборта определялось наказание от 1 до 3-х лет (в случае наличия осложнений) тюремного заключения, административное наказание женщине и «лицу, склонившему ее к абор-

ту».

Последствиями введения данного закона стало увеличение материнской смертности, в 1940 г. в городах России она составила 329 на 100 000 родившихся. В структуре причин материнской смертности аборт составил в 1935 г. 51%, в 1950-1955 гг. около 70%. Это привело к очередным законодательным изменениям, и изданию Указа Президиума ВС СССР от 23.11.1955г. «Об отмене запрещения аборт». Однако, дав некую свободу репродуктивного выбора своим гражданам, государство не позаботилось об альтернативе аборту. Отсутствие планирования семьи, эффективных способов контрацепции в очередной раз привели к резкому росту аборт[4].

Наиболее высокие уровни данных показателей фиксировались в середине 1960- х годов, когда в РСФСР ежегодно производилось около 5,5 млн. прерываний беременностей (не включая по медицинским показаниям), что составляло 270 аборт на 100 родов, в 1980 году этот показатель составил 204, в конце 90 –х годов – 168. Наиболее интенсивные темпы снижения (7-8% ежегодно) фиксируются за последние 15 лет, достигнув значение показателя около 50 в 2013 году. Тем не менее, несмотря на явные достижения в области планирования семьи, уровень этого показателя по - прежнему превышает большинство стран мира. Кроме того, различными исследованиями в регионах выявляются 20-25% аборт, не попадающих в поле зрения официальной статистики. В Архангельской области данный показатель традиционно превышает среднероссийские уровни и составил в 2013 году 65,8 аборт на 100 родов.

Проведенное нами в 2014 году исследование репрезентативной выборки из 560 женщин, проживающих в городских условиях Архангельской области, которым произведен искусственный аборт, позволило составить социально – гигиенический портрет данной субпопуляционной группы. Аборт не является прерогативой молодых женщин (только около 4% находятся в возрасте до 20 лет), более половины из них находятся в возрасте 30 лет и старше. Это женщины,

прошедшие через собственный опыт проб и ошибок, и уже имеющие, как правило, 1-2 аборта в анамнезе. Семья имеет важное значение с позиций репродуктивного поведения женщин. По семейному положению респонденты распределились следующим образом: замужем - 34,0% (брачный стаж более 5 лет выявлен у 69,6% обследованных), не замужем - 32,9%, разведены - 5,0%, остальные проживают в незарегистрированном браке.

Общеизвестно, что образование является достаточно высоким здоровьесберегающим фактором. Чем выше образовательный уровень человека, тем больше его грамотность, в том числе медицинская. Исследование выявило довольно высокий уровень образования обследованных: высшее - у 15,5% женщин, среднее профессиональное - у каждой третьей (32,7%), начальное было только у 4,6%, у остальных - основное общее.

Наиболее проблемным, имеющим высокую вероятность различных осложнений, является аборт у нерожавших, их удельный вес составил 17,9%; при целевом опросе выяснено, что не собираются никогда иметь детей более 40% женщин в этой группе. Что касается социального положения, обращает на себя внимание тот факт, что половина женщин, регулирующих таким образом свою детность, это служащие, 16,7% - учащиеся и студенты, 12,0% - лица рабочих специальностей, только 7,0% - безработные.

Вопреки первоначальной гипотезе выявлен высокий уровень контрацептивной грамотности (96,7%) и информированности о негативных последствиях влияния аборта на репродуктивное здоровье (считают аборт «несерьезной угрозой здоровью» 48,9%). Однако регулярное применение контрацептивов практикует только 40,6% опрошенных, таким образом, налицо «ножницы» между знаниями и навыками, что подтверждает результаты проведенного нами исследования в 2005г. [1].

Таким образом, анализ проблемы искусственного аборта показал, что наряду с негативными поведенческими факторами, отсут-

ствием стереотипа полового самосохранительного поведения женщин репродуктивного возраста, определенная роль отводится историческим аспектам и сложившейся в стране практики «легкомысленного» отношения к аборту и его последствиям, как манипуляции, не имеющей серьезного влияния на репродуктивное здоровье женщин.

Литература:

1. Баранов А.Н., Санников А.Л., Сизюхина Н.Н. Аборт: междисциплинарный взгляд // «Экология человека». 2006. № 6. С. 49 – 55.
2. Дьяченко В.Г., Шиганцова Н.В., Чижова Г.В. Аборт – кривое зеркало демографии (история абортов в России) // Здравоохранение Дальнего Востока. 2013. № 4 (58). С. 3-6.
3. Исупов В.А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск: Сибирский хронограф, 2000. 244 с.
4. Лебина Н.Б. «Навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин...» Абортная политика как зеркало советской социальной заботы // Советская социальная политика 1920 -1930-х годов: идеология и повседневность/Под ред. П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. 432 с.
5. Миронов Б.Н. Социальная история России периода империи (XVIII - начало XX в.): В 2 т. СПб., 2000. Т. 1. С. 185.
6. Мухина З.З. Плодоизгнание и контрацепция в традиционной крестьянской культуре Европейской России (вторая половина XIX – 30- гг. XX в.) // Этнографическое обозрение. 2012. № 3. С. 147-160.
7. Сакевич В.И. Аборт - кривое зеркало демографической политики. Доклад на семинаре в Центре демографии и экологии человека 22 октября 2001. Демоскоп Weekly. 25 августа -7 сентября 2003, № 123-124 [Эл. ресурс] //Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0123/analit01>. (дата обращения: 03.02.2015)

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛИНЕЙНЫХ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. АРХАНГЕЛЬСКА

Семенов Т.М.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Проблема стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов. Особого внимания со стороны исследователей заслуживают работники вспомогательных профессий, к которым относится и медицинская деятельность. Профессиональная медицинская деятельность предъявляет повышенные требования к психической устойчивости и адаптационным возможностям специалиста [4].

Наличие эмоционального выгорания у врачей (фельдшеров) скорой помощи доказано во многих исследованиях [1,2,3] и, в первую очередь, обусловлено условиями деятельности, которые характеризуются повышенной стрессогенностью в связи с необходимостью предоставления экстренной помощи в условиях дефицита времени и информации, медикаментозного и аппаратного оснащения, а также высокой ответственности за ее эффективность и своевременность, что является важным фактором в снижении профессиональной эффективности и здоровья врачей скорой медицинской помощи. В настоящее время особенно актуальным является исследование синдрома выгорания у врачей (фельдшеров) скорой медицинской помощи в зависимости от специфики профессиональной деятельности. В России существует несколько видов бригад скорой медицинской помощи: линейные (общепрофильные) — бывают как врачебными, так и фельдшерскими, и специализированные (только врачебные).

По содержанию оказываемой помощи деятельность врачей специализированных бригад является более сложной и экстремальной. Однако, и врачи (фельдшеры) линейных бригад часто оказываются в ситуациях дефицита времени для принятия квалифицированных решений, позволяющих спасти жизнь больному. В связи с этим встает

вопрос необходимости изучения всех факторов, влияющих на эффективность деятельности врачей (фельдшеров) линейных и специализированных бригад скорой помощи. Одним из факторов, способствующих эффективности скорой медицинской помощи является психологическое самочувствие специалиста.

Цель исследования. Выявить и сравнить особенности эмоционального выгорания у врачей (фельдшеров) линейных и специализированных бригад скорой медицинской помощи (СМП).

Задача исследования. Выявить наличие и степень эмоционального выгорания у врачей (фельдшеров) линейных и специализированных бригад СМП.

Методы исследования. «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко для выявления наличия и степени эмоционального выгорания.

Гипотеза исследования. Особенности эмоционального выгорания будут различаться у врачей (фельдшеров) линейных и специализированных бригад СМП.

Объект исследования. Синдром эмоционального выгорания.

Предмет исследования. Особенности эмоционального выгорания у врачей (фельдшеров) линейных и специализированных бригад СМП.

Наше исследование показало, что у врачей (фельдшеров) линейных бригад более высокие показатели фаз эмоционального выгорания и симптомов эмоционального выгорания в сравнении с врачами (фельдшерами) специализированных бригад.

Для врачей (фельдшеров) линейных бригад значимо выше показатели фазы эмоционального выгорания «напряжение» (40,5 (29,5; 62,0), чем у врачей (фельдшеров) специализированных бригад (15,0 (11,0; 43,2)) при $p \leq 0,05$. При этом у врачей (фельдшеров) линейных бригад показатели фазы напряжения соответствуют формированию, а у врачей (фельдшеров) специализированных бригад эта фаза не сформирована. Более высокие показатели фазы «напряжение» у врачей (фельдшеров) линейных бригад достигнуты за счет значимо вы-

соких показателей симптомов этой фазы. У них значимо выше показатели: переживание психотравмирующих обстоятельств (16,0 (10,0;22,0) при $p \leq 0,05$. Переживание психотравмирующих обстоятельств является сложившимся симптомом; неудовлетворенность собой (9,0 (5,0; 13,0) при $p \leq 0,05$, но симптом является не сложившимся.

Также у врачей (фельдшеров) линейных бригад значимо выше показатели фазы эмоционального выгорания «истощение» (69,5 (37,0; 88,5), чем у врачей (фельдшеров) специализированных бригад (27,0 (22,2; 65,0) при $p \leq 0,05$. При этом у врачей (фельдшеров) линейных бригад показатели фазы «истощение» соответствуют сформировавшейся, а у врачей (фельдшеров) специализированных бригад эта фаза не сформирована. Более высокие показатели фазы «истощение» у врачей (фельдшеров) линейных бригад достигнуты за счет значимо высоких показателей симптомов этой фазы.

У них значимо выше показатели: эмоциональная отстраненность (18,0 (12,0; 25,0) при $p \leq 0,05$, которая является сформировавшимся симптомом; личностная отстраненность (деперсонализация) (10,0; 25,7) при $p \leq 0,05$, являющаяся складывающимся симптомом.

Таким образом, полученные результаты позволили констатировать у врачей (фельдшеров) линейных бригад эмоциональное выгорание. Более высокие показатели фазы «напряжение» у респондентов этой группы свидетельствуют о наличии напряжения, которое является предвестником развития и запускающим механизмом формирования синдрома профессионального выгорания. Показатели фазы «истощение», свидетельствующие о ее сформированности, характеризуют падение общего энергетического тонуса и ослабление нервной системы. Для врачей (фельдшеров) линейных бригад характерно осознание психотравмирующих факторов деятельности, которые трудно устранить, накопление отчаяния и негодования. Как результат неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, врачи линейных бригад испытывают недовольство собой, профессией, конкретными обязанностями. Действует механизм «эмо-

ционального переноса» – энергия эмоций направляется не столько вовне, сколько на себя. Почти полностью исключают эмоции из сферы профессиональной деятельности и системы ценностей личности в целом. Могут возникать психопатологические проявления личности с невротоподобными или психопатическими состояниями.

По результатам изучения эмоционального выгорания были выявлены более высокие его показатели у врачей (фельдшеров) линейных бригад в сравнении с врачами (фельдшерами) специализированных бригад. Эмоциональное выгорание у врачей (фельдшеров) линейных бригад значимо выше на фазе «напряжение» ($p \leq 0,05$) за счет симптомов переживания психотравмирующих обстоятельств ($p \leq 0,05$) и неудовлетворенности собой ($p \leq 0,05$). Фаза «истощение» у врачей (фельдшеров) линейных бригад является сформировавшейся и ее показатели значимо выше ($p \leq 0,05$) за счет сформировавшегося симптома эмоциональной отстраненности ($p \leq 0,05$) и складывающегося симптома личностной отстраненности ($p \leq 0,05$).

Список литературы

1. Балахонов А. В., Белов В. Г., Пятибрат Е. Д., Пятибрат А. О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер 11 - 2009 – Вып. 3 - С. 57-71
2. Лымаренко В.М., Апчел В.Я., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2012. № 3. С. 39-45.
3. Теоретические и прикладные вопросы психологии. Часть II. Прикладные проблемы психологии. Под ред. А. А. Крылова. — СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1995. — 163 с.
4. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция. - М.: Сфера, 2004. - 271 с.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сидоров А. В.

Санаторий «Сольвычегодск»

Общей основой и руководством для принятия мер в национальном и международном плане в области защиты прав инвалидов, предупреждения инвалидности и оказания инвалидам помощи, содействия по включению их в нормальную жизнь общества является Декларация о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1971 г.

Согласно этой Декларации инвалид — это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (ее) физических или умственных возможностей.

В соответствии с Декларацией инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства; несмотря на происхождение, характер и серьезность увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, т.е. в первую очередь право на удовлетворительную жизнь, которая должна быть как можно более нормальной и полнокровной, право на медицинское, психическое или функциональное лечение.

В российском законодательстве права инвалидов зафиксированы в таких важнейших документах: Декларации прав и свобод человека и гражданина, принятой 22 ноября 1991 г., Конституции Российской Федерации, от 12 декабря 1993 г. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятых 22 июля 1993 г., а так же: в Указах Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» и «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности», постановлении Совета Министров Правительства РФ

«О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов»

В 1995 году был принят ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ». В нём впервые приоритетом социальной политики государства в отношении инвалидов становится реабилитация, целями которой являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Санаторно-курортная сфера в организации работы по социальной адаптации и медицинской реабилитации людей с ограниченными возможностями является одним из трех самых важных составляющих положений решения данной проблемы (жилье, санаторно-курортная помощь и технические средства реабилитации), а в общем комплексе реабилитационных мер для инвалидов (медицинских, социальных и профессиональных) это универсальное звено, содержащее элементы всех этих направлений.

Помимо эффективного лечебно-профилактического лечения и социальной реабилитации инвалидов санаторные учреждения выполняют важную функцию формирования толерантной среды и адаптации общества к человеку с ограниченными возможностями, обеспечивая её с раннего возраста инвалида и на протяжении всей его жизни.

Большинство санаториев функционируют в курортных местностях с целью максимального использования природных особенностей. Особенно важная роль в работе с инвалидами отводится местным курортам, предпочтительным для больных, которым противопоказана смена климата.

Территория санаториев является безбарьерной зоной общения относительно здоровых людей и людей с частичной утратой возможности самообслуживания, находящихся в атмосфере взаимопонимания, толерантности, взаимопомощи, важных в борьбе не только с недугом, но и с депрессией – характерным спутником большинства заболеваний и несчастных случаев, приведших к инвалидности.

Неизменно, вместе с устойчивыми лечебно-оздоровительными результатами отмечается заметное улучшение психологического состояния инвалидов, обусловленное режимом и наличием специальных санаторных служб, которые обозначены в новых стандартах оказания санаторно-курортной помощи, как равноважные наряду с лечебными процедурами. Это службы психологов, психотерапевтов, специализированные кабинеты психологической коррекции и т. п.

Санаторно-курортный комплекс Архангельской области отличается богатством и разнообразием природных лечебных ресурсов и климатогеографических условий. В практике деятельности местных санаториев направление обслуживания людей с ограниченными возможностями присутствует в плановых объёмах, в основном, по социальным программам санаторно-курортной помощи льготным категориям населения

Однако, следует заметить, что в целом ситуация по обеспечению инвалидов и лиц, страдающих различными заболеваниями, санаторно-курортными путевками сложная. Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации на льготных условиях. В управлении социальной защиты населения по месту жительства инвалид, нуждающийся в лечении, на основании заявления и медицинской справки ставится в очередь на получение путевки. Первоочередным правом здесь пользуются инвалиды Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним по льготам. Ожидание санаторно-курортной путевки инвалидам нередко растягивается на годы.

По данным Архангельского отделения Фонда социального страхования численность проживающих в Архангельской области и нуждающихся в санаторно-курортной помощи инвалидов в 2013 году составляла 37 172 человека, детей-инвалидов 3597 чел. Из них получили санаторно-курортное лечение 1404 взрослых и 162 ребёнка.

Данные 2014 года: зарегистрировано взрослых инвалидов 34908 человек и 3591 детей. Получили санкурлечение 914 взрослых и 147

детей.

Тормозящие факторы развития направлений лечебно-оздоровительных и реабилитационных услуг для инвалидов в санаторно-курортной сфере:

- отсутствие специализированного медицинского, сантехнического и бытового оборудования для больных с выраженным нарушением физических функций;
- слабое взаимодействие санаторных учреждений с общественными организациями, занимающимися вопросами поддержки инвалидов;
- отсутствие методик работы с контингентом инвалидов.
- недооценка и недостаточное внимание к ресурсной базе и возможностям санаторных учреждений социальной адаптации инвалидов со стороны служб социальной защиты населения.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что одним из важных факторов ускорения процессов социальной адаптации и медицинской реабилитации людей с ограниченными возможностями является обеспечение максимальной доступности для них санаторно-курортной помощи посредством организации соответствующих условий содержания и лечения в климатической зоне проживания.

Условия для достижения цели:

- разработка на основе законодательных и нормативных документов, регулирующих защиту прав людей с ограниченными возможностями, социальной программы по внедрению реабилитационных мероприятий для инвалидов на базе санаторно-курортных учреждений Архангельской области;
- налаживание постоянных контактов и взаимодействия между санаторными учреждениями и службами, исполняющими функции организации работы с инвалидами.

Результатом эффективного использования ресурса санаторно-курортных учреждений в данном направлении работы станет повы-

шение качества жизни людей с ограниченными возможностями, стимул к активной жизни в социуме.

Литература:

1. Легенчук Е.А., Легенчук Д.В. Основы реабилитации лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2009. – 248с.
2. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2002.- 340с.
3. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004. – 316с.
4. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины. М.: Академический проект, 2005. – 576с.
5. Легенчук Д.В. Правовое обеспечение социальной работы: Учебное пособие. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2007. – 194с.
6. Атипьева Г.В. Социальная защита инвалидов в РФ: Правовое регулирование: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. – 224с.
7. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М., 1992.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ХИРУРГА

Смирнов Р.Ю., Петчин И.В.

Архангельская областная клиническая больница, Архангельск

"Врач должен быть добрым и человеколюбивым. Для больного он должен быть отцом, для выздоравливающего - охранителем, для здорового - другом".

Гиппократ.

Академик А.П.Карпинский писал: «Я с глубоким уважением отношусь к благородной работе врачей, особенно хирургов, никогда не имеющих уверенности в следующей спокойной минуте ни днём, ни ночью, ибо промедление в хирургическом деле может быть смерти подобно. И я вижу, что нравственное удовлетворение в сознании избавления людей от неминуемой беды, делает операторов людьми гуманными».

«Хирург - это человек, вооружённый скальпелем, и, как всякое вооружённое лицо, он представляет опасность для окружающих, если применяет своё оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено» - высказывание А.В. Гуляева.

Медицина — область, требующая высокого профессионализма, предполагающая четкую систему этических принципов [1]. Проблемы этики и деонтологии всегда находились в центре внимания ведущих отечественных хирургов. Принципы этики и деонтологии, заложены Н.И. Пироговым в его статьях и "Дневнике старого врача" и продолжают обсуждаться и на международных конгрессах в настоящее время.

Термин «этика» происходит от греческого слова *ethos*, - обычай, нрав. Похожее значение имеет и другой термин — «мораль» (от латинского слова *moralis*). Поэтому, не случайно, оба термина — этика и мораль — обычно применяются вместе. Этика — это личное выражение того, что человек считает верным. Исторически первым кодексом медицинской этики следует признать Клятву Гиппократова. Ее идеи явились основой Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1948-1994). Почти все ее положения отражены и в действующем в нашей стране Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3].

Медицинская этика и деонтология – это не одно и то же. Медицинская деонтология — раздел этики, изучающий проблему взаимоотношений медицинских работников с пациентами и коллегами; рассматривается как совокупность связанных между собой индивидуальных и социальных принципов, призванных оказывать влияние на действия врача.

В хирургической среде этику взаимоотношений можно условно разделить на медицинскую и корпоративную. В первом случае, с этической точки зрения необходимо оценить насколько проверенные, современные и безопасные методы обследования и лечения предла-

гаются пациентам; насколько обоснованно и качественно это делается; ответственность за результат лечения перед пациентом, обещанная гарантия пациентам; оформление документации в соответствии с законодательством. Во втором случае анализируются межличностные взаимоотношения специалистов в своей среде, при взаимном обмене информацией на публичных встречах и мероприятиях, отзывы о коллегах.

Закон и этика очень близки между собой, так как они устанавливают определенные нормы поведения. Но существует и значительное различие между ними. Медицинская этика требует не только безусловного соблюдения законодательных, но и поведенческих норм, подчас не зафиксированных в официальных документах. Этика продолжает действовать там, где прекращает действовать закон. То есть, этика охватывает все сферы деятельности человека.

Авторитет хирургии в глазах пациентов, а, следовательно, и в глазах всего общества, будет во многом зависеть от того, насколько этично хирурги будут относиться друг к другу, к коллегам, пациентам, к самой профессии.

Согласно деонтологии любой медицинский специалист обязан соблюдать следующие основополагающие принципы:

- Медицина — для пациента, а не наоборот;
- Предоставление пациенту всей необходимой информации о предстоящем вмешательстве и всех возможных последствиях;
- Если хирург понимает, что не сможет качественно и правильно выполнить операцию, — лучше ее не проводить.

Для лучшего понимания ответственности врача в РФ принят Этический Кодекс врачебной этики, одобренный сообществом Российских врачей [4]. Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Этический кодекс врача официально. Врач, не входящий в професси-

ональные ассоциации, объединения, может лично принять Этический кодекс врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Медицинская деонтология - наука о долге сотрудников медицинских учреждений, независимо от их должности и профессии, перед больным и перед обществом. Речь идёт не только о профессиональных обязанностях, но и о нравственных аспектах, духовности, человечности.

Вопросы этики и деонтологии неразрывно связаны с личностью врача, тем более, хирурга. Издавна принято отождествлять личность врача с самыми высокими понятиями о честности, преданности, самоотверженности, милосердии, доброте и гуманности. Иосиф Абрамович Кассирский (1898 – 1971), знаменитый терапевт, академик Академии медицинских наук, в своей книге "О врачевании" (1970), возвышая профессию врача, считает недопустимым отождествлять врачевание с "обслуживанием" [2]. Замечательные слова А.Ф. Билибина: "Врачевание - сфера служения, а не обслуживания", - предельно точно отражают одну из важнейших особенностей клинической медицины. Несколько возвышенное, особое отношение к врачу, хирургу, к врачеванию очень важно для пациентов. Принизание, приземление роли врача уменьшает или сводит на нет один из важнейших факторов врачевания - фактор психологический, фактор веры, доверия к врачу. Прославленный французский прозаик Андрэ Моруа, приглашенный выступить на Национальном Конгрессе французских врачей, сказал: "Завтра, как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всё возрастающую ответственность. И жизнь врача останется такой же, как сегодня, - трудной, тревожной, героической и возвышенной".

Облик врача может способствовать взаимопониманию с больным, его родственниками или, наоборот, оттолкнуть от врача. Аккуратность, подтянутость, чёткость, доброжелательность, точность и

обязательность - вот черты, привлекающие к врачу, вызывающие к нему доверие.

Милосердие - это забытое, к сожалению, слово отражает способность врача сочувствовать больному, его страданиям, соболезновать переживаниям его родственников, понимать боль и состояние, готовящегося к операции пациента. Напыщенность, искусственное "величие", равно, как и подчёркнутая снисходительность, здесь явно неуместны. Говорят, что хирург привыкает к смерти, - это не так! Да, хирург, врач - не рыдает, не показывает своих переживаний, но недаром есть выражение: "Хирург умирает с каждым своим больным". В нём куда больше истины, чем в предыдущем предположении!

Доброжелательность, приветливость врача - это важнейшее условие успеха. Неторопливость в общении с больным, чёткая последовательность, подчёркнутое внимание - всё это входит в понятие врачебного профессионализма. У врача много пациентов, но для больного и его родственников, обратившихся за помощью, сейчас существует только один конкретный врач! Выдержка, умение владеть собой - черты, обязательные для врача, в особенности для хирурга, - всё это организует ассистентов и операционную сестру, поддерживает слаженный ритм работы хирургической бригады. Самообладание - качество, без которого немислим хирург.

Терпение и терпимость также необходимы хирургу. Хирург должен быть готов выслушать жестокие упрёки и обвинения, как правило, несправедливые и необоснованные, но можем ли мы возражать родственникам только что погибшего больного?! Бескорыстность, самоотверженность, преданность избранной профессии, умение получать моральное удовлетворение от своей работы - важные черты для любого врача, но для хирурга - в особенности. Можно ещё и ещё перечислять качества, обязательные для хирурга.

Хирург и больной, хирург и родственники больного. Общение этих людей - одна из серьёзнейших проблем деонтологии. Знамени-

тый французский хирург Рене Лериш говорил, что хирург должен проявлять беспокойство, внешне сохраняя оптимизм.

В Архангельской областной клинической больнице соблюдение норм этики и деонтологии является одним из важнейших показателей качества оказываемой медицинской помощи. Этические аспекты отражены в должностных инструкциях медицинского персонала, в которых прописаны этические и деонтологические основы и правила поведения, внешнего облика и субординации в коллективе, нормы ответственности. В клинике создан Этический комитет, в который входят заместители главного врача по профилям, заведующие отделениями, старшие сестры и представители профсоюзов. Кроме этого, в планах работ отделений предусмотрены и проводятся регулярные беседы по проблемам этики и деонтологии, разбираются примеры ситуаций, а при необходимости – личные беседы с привлечением представителей Этического комитета. При анализе жалоб и обращений пациентов учитываются этические аспекты.

Развитие общества и прогресс медицины выдвигают принципиально новые проблемы этики и деонтологии, знание которых обязательно для практикующего врача, тем более хирурга. Пересадка органов, новые возможности реанимации и длительного замещения важнейших жизненных функций организма, развивающаяся хирургия плода, коррекция комбинированных пороков развития - всё это и многое другое требует новых правовых и этических подходов.

Литература:

1. Гостищев В.К. Пропедевтика хирургии. Издательств Медицинская книга, 2008
2. Кассирский И.А. О врачевании, М., 1970
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Российская газета. Москва, 23 ноября, 2011г. №263
4. Этический Кодекс российского врача. Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России. Москва, ноябрь, 1994г

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА

Тарабукина И.В.

Архангельская клиническая офтальмологическая больница

На первом месте среди целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области стоит «Удовлетворенность населения медицинской помощью». В 2015-2017 гг. значения данного показателя должны составить 52- 53 процента от числа опрошенных. При этом необходимо отметить, что, несмотря на увеличение бюджетных расходов в сфере здравоохранения в последние годы, уровень удовлетворенности населения Российской Федерации качеством медицинской помощи не превышает 30-40%, что свидетельствует о том, что прямой взаимосвязи между финансовыми показателями и удовлетворенностью нет.

На базе ГБУЗ АО «Архангельской клинической офтальмологической больницы» (далее «АКОБ») было проведено анкетирование врачей с целью выяснения их мнения о степени важности различных критериев при определении оплаты труда, оценки качества и результатов работы врача.

ГБУЗ АО «АКОБ» является узкопрофильным специализированным учреждением областного уровня. Больница оказывает все виды специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную. В структуре больницы имеется круглосуточный стационар на 150 коек, дневной стационар на 60 коек, работающих в две смены, и консультативно-диагностическая поликлиника. Ежегодно в больнице пролечивается около 6 800 пациентов в круглосуточном стационаре, 4 000 пациентов в дневном стационаре. В консультативную поликлинику осуществляется 40 000 посещений в год. В больнице работает 30 врачей (заведующих подразделениями и врачей-ординаторов), непосредственно занятых лечебным процессом. По возрастной структуре врачебный коллектив

можно считать «молодым» - в возрасте до 35 лет - 46% врачей, в возрасте 36 - 40 лет - 10%, в возрасте 41 - 45 лет - 16%, в возрасте 46 - 62 года - 28%. Три четверти коллектива составляют женщины.

По результатам анкетирования на вопрос: «Насколько в процентах должен зависеть размер оплаты труда врача от удовлетворенности пациента?» более половины врачей ответили, что на 5-10%, а четверть - на 20-40%. На вопрос: «Определите порядок важности критериев оценки качества труда врача» ответы распределились следующим образом: на первом месте - достижение запланированного результата, на втором – выполнение стандарта медицинской помощи, на третьем месте – качественное заполнение медицинской документации, и на четвертом месте – субъективная удовлетворенность пациента. На вопрос о соотношении критериев в структуре оценки качества и результата работы врача наибольшую долю (около 50%) заняло мнение заведующего, затем мнение эксперта, затем самооценка и наименьшую долю (около 10%) мнение пациента.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что взгляды государства и врачей о важности мнения пациентов об удовлетворенности качеством медицинской помощи расходятся.

Более детальный анализ показывает, что зачастую врачи уверены в том, что пациент не обладает достаточным уровнем знаний и интеллекта, чтобы оценить затраченные усилия врача и полученный результат, многие пациенты имеют неадекватно завышенные требования к возможностям современной медицины и не обладают способностью объективно оценить течение и прогноз лечения своих заболеваний. Респонденты отмечают, что врач не имеет достаточно времени, чтобы досконально разъяснить пациенту прогноз, течение и результаты лечения заболевания. Свою загруженность врачи объясняют все возрастающими требованиями по оформлению медицинской документации и растущими нагрузками, а также необходимостью работы по совмещению должностей для повышения

уровня зарплаты. Отсутствие эмоционального контакта с врачом, ощущение «живого конвейера» снижает удовлетворенность пациента даже от оптимальных, по мнению лечащего врача, результатов.

Возникает дилемма в виде замкнутого круга: отсутствие эмоционально окрашенной благодарности со стороны пациента за усилия врача порождает отстраненность и «синдром выгорания» у медицинского персонала, которые в свою очередь снижают степень удовлетворенности пациента медицинской помощью.

На каком этапе разорвать данный круг? Конечно, решение проблемы должно быть комплексным.

С одной стороны, необходимо повышать грамотность врачей в сфере психологии, философии, психотерапии, этики и деонтологии, геронтологии. Необходимо напоминать врачам что «лечить нужно не болезнь, а больного», «слово тоже лечит». Оптимально проводить лекции и тренинги специалистов в области психотерапии максимально приближенно к месту работы врачей и в максимально удобное для них время. Необходимо ввести в критерии оплаты труда врача пункт об удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью. Также руководству больницы необходимо применять нематериальные, но очень действенные методы поощрения врачей, такие как, награждение грамотами и благодарностями особенно внимательных к пациентам врачей, публичное оглашение перед всем коллективом благодарностей лечащим врачам, поступающим на имя администрации. Руководителям больницы необходимо последовательно и терпеливо формировать у врачей осознание важности мнения пациента о системе здравоохранения и его удовлетворенности оказанной медицинской помощью не только для государства, но и для самого врача.

С другой стороны, нужно повышать знания пациентов об их заболеваниях, прогнозе и особенностях течения, формировать адекватные социальные ожидания от лечения. Данная работа должна проводиться не только врачебным, но и сестринским персоналом.

Возможно, введение в штаты медицинских организаций психологов для общения с неудовлетворенными пациентами так же будет способствовать решению данной проблемы.

Удовлетворенность пациента медицинской помощью относится к тем критериям, которые можно улучшить без дополнительных материальных затрат.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОЛИКЛИНИКИ

Фиохина М.В.

Городская клиническая поликлиника №1, Архангельск

Каждому виду человеческой деятельности соответствуют определенные виды профессиональной этики, т.е. те специфические особенности профессиональной деятельности, которые направлены непосредственно на человека в тех или иных условиях его жизни и деятельности в обществе. Особенностью современного этапа жизни нашего общества – это сосуществование совершенно разных моральных принципов и мировоззрений и новых достижений медицинской науки и практики (медицинская генетика, экстракорпоральное оплодотворение, аборт и т.д.), в результате чего вопросы нестыковки морально-этических принципов принимают особую остроту, как для медицинских работников, так и для пациентов. По статистике основная причина жалоб пациентов направлены не на качество медицинской помощи, а на этико-деонтологические нарушения (бездушие и формализм) [1].

В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским работником имеет принципиальное значение, т.к. именно он в дальнейшем определяет взаимоотношение обеих сторон – чувство доверия и недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствия доверительных отношений. Работая в женской консультации городской поликлиники, мы с коллегами ежедневно сталкиваемся с ситуациями, которые затрагивают эти вопросы. Как показывает практика, этика с деонтологией порой не соблюдаются как со сторо-

ны медицинских работников, так и со стороны пациентов и их родственников.

В Этическом кодексе медицинской сестры, который в 1997 г. был разработан Ассоциацией медицинских сестер России, доступно сказано о необходимости расположить к себе пациента и создать доверительные отношения, а так же о многих других моментах, которые вызывают трудноразрешимые вопросы [2].

Заинтересовавшись этико-деонтологическими вопросами в практической деятельности, мы решили установить причины конфликтных ситуаций и пути выхода из них. Для этого нами была разработана анкета, в которой пациентам и коллегам предлагалось рассмотреть некоторые резонансные вопросы, в т.ч. те, на которые руководство учреждения искало ответы для позитивного разрешения и профилактики возникающих конфликтов. Исследование проводилось в течение двух месяцев на базе поликлиники.

В этот период, в сентябре 2014 г., по направлению Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) нам с коллегами довелось принять участие в обучающем семинаре по этическим вопросам, который прошел в Иваново. Ознакомившись с докладами профессорско–преподавательского состава Ивановской медицинской академии, специалистов Ассоциации медицинских сестер Ивановской области, представителей государственных служб и других выступающих, я сделала для себя вывод, что работа с персоналом у нас не достаточно результативна, т.к. мало внимания уделяется вопросам этики и деонтологии.

После подведения итогов анкетирования в поликлинике были разработаны методические рекомендации, которые мы отправили для утверждения в Российскую ассоциацию медицинских сестер (г. С.-Петербург).

По нашему мнению, для соблюдения правил этики и деонтологии необходимо в ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1»:

1. Привлечение внимания средних медицинских работников к морально-нравственным проблемам своей профессиональной деятельности;
2. Оказание помощи в формировании нравственно-морального климата в коллективе врачей и медицинских сестер, приобщение к нравственным традициям отечественной медицины;
3. Тщательное изучение аспектов медицинской этики и деонтологии методом аналитического обзора научной литературы и анкетирования;
4. Разработка и внедрение современных методических рекомендаций по этике и деонтологии для специалистов лечебных учреждений;
5. Составление алгоритма проведения учебных и практических мероприятий по вопросам этики и деонтологии;
6. Оказание консультативной помощи медицинским работникам по применению принципов этики и деонтологии в повседневной практике;
7. Обучение управлению конфликтными ситуациями при взаимоотношениях: медицинский работник – медицинский работник, медицинский работник – пациент.

Мы считаем, что все вышеперечисленные пункты можно внедрить в нашей поликлинике и получить ожидаемые результаты, а именно:

- постоянное и четкое использование принципов этики и деонтологии в практической деятельности женской консультации ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1»;
- совершенствование отношений между медицинскими работниками всех уровней;
- снижение количества конфликтных ситуаций в коллективе и при приеме пациенток;
- повышение качества оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг.

После получения дополнительных знаний по этике и разработки методических рекомендаций, в поликлинике была проведена конференция «Этика и деонтология медицинских работников», после которой мы получили много откликов от коллег. В дальнейшем, совершенствуя и приобретая опыт в этой сфере, мы планируем более глобально раскрывать для медицинских работников и студентов аспекты современной этики и деонтологии.

Таким образом, главной целью деятельности медицинских работников всегда было и будет – соблюдение интересов пациента во всех направлениях, т.е. спасение и помощь в возвращении здоровья, забота и моральная поддержка [1].

Литература:

1. Цыганова О.А., Нагибина З.А., Вострякова И.С. Этические аспекты формирования личности врача /Этические проблемы современной медицины. Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции. 22 марта 2013 г. – СГМУ, 2013, с. 148.
2. Этический кодекс медицинской сестры, 1997 г.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДИАДЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ «БЕЛАЯ РОЗА»

Фомина А.С., Конопляная М.Н., Валькова С.И.

Архангельская городская клиническая поликлиника №1, Архангельск

Рост заболеваемости и смертности населения от злокачественных опухолей – острейшая медико-социальная проблема во всем мире. Каждый пятый житель Российской Федерации заболевает в течение жизни одной из форм злокачественных опухолей. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения смертность от рака будет продолжать расти и к 2030 году достигнет 13,1 миллиона случаев [5].

Ежегодно в Архангельской области регистрируется около 5000 злокачественных новообразований и умирает от рака более 2500 человек [4]. По инициативе С.В. Медведевой в ряде регионов Российской Федерации реализуется проект «Белая Роза», разработанный Фондом социально-культурных инициатив в 2010 году. В рамках

проекта создается сеть медицинских диагностических центров, целью которых является диагностика женских онкологических заболеваний на ранней стадии, улучшение качества жизни женщин.

В Архангельске при поддержке Благотворительного фонда «Добрый мир» на базе городской клинической поликлиники №1 организован центр «Белая роза» (далее – Центр), который выполняет общегородские функции. Выбор поликлиники для организации и функционирования Центра был обусловлен, прежде всего, тем, что учреждение имеет удобное территориальное расположение в центре города, укомплектовано узкими специалистами, оснащено современным ультразвуковым и лабораторным оборудованием, в нем внедрена медицинская информационная система. Центр является структурным подразделением поликлиники, работает в системе обязательного медицинского страхования, все обследования и консультации для пациентов бесплатны.

Основная цель работы центра "Белая роза" - проведение профилактических осмотров женщин с целью раннего выявления заболеваний молочной железы и репродуктивной системы. Интерьер помещений центра оформлен в зеленых, успокаивающих тонах, что позволяет снять напряжение при посещении, наладить психологический контакт с пациентками. Комфортная обстановка и спокойное, вежливое общение способствует достижению нужной степени доверия пациентки к врачам и диагностическим процедурам.

Центр начал свою работу с февраля 2014 года. В составе Центра работают следующие специалисты: врачи онкологи – маммологи, акушеры – гинекологи, врачи ультразвуковой и клинической лабораторной диагностики, врач рентгенолог.

Для выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях в Центре проводится активная санитарно-просветительская работа, проводятся мастер-классы по самообследованию молочных желез для пациенток. При подозрении на злокачественное новообразование женщина направляется в ГБУЗ «Архангельский областной клиниче-

ский онкологический диспансер». Для этих целей разработано направление установленной формы, сформирован так называемый «зеленый коридор».

Запись в медицинский диагностический центр «Белая Роза» осуществляется по телефону и при личном обращении. Сроки ожидания не превышают 14 дней. Обследование женщин проводится без учета факта прикрепления к ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая поликлиника №1». Половина женщин, обследованных в Центре, не относится к прикрепленному населению. Для обследования обращались пациентки не только г. Архангельска, но и других городов Архангельской области (в частности г. Северодвинска, г. Новодвинска и др.). После завершения обследования всем пациенткам выдавалось заключение с результатами обследования и рекомендациями по лечению и дальнейшему наблюдению выявленной патологии.

За время работы Центра было обследовано 7469 женщин. Ежемесячно в Центр обращается более 600 женщин. Большинство обратившихся женщин были в возрасте от 36 до 55 лет (45% от общего количества обратившихся), в возрасте от 56 до 75 лет – 31%, в возрасте от 18 до 35 лет - 23%, в возрасте старше 76 лет – 1% от общего числа обратившихся. При проведении анализа анкетных данных обращает на себя внимание, что большинство женщин на момент осмотра не предъявляли жалоб (64%). Наследственность по онкологическим заболеваниям была отягощена у 12,1%.

Один из самых трудных вопросов нравственного, деонтологического и биоэтического характера в деятельности врача-онколога — когда и как сообщить пациенту и его родственникам о подозрении на злокачественный характер заболевания, так как все отчетливо понимают, что сначала должна быть радикальная операция, затем — продолжительное лечение, и, в ряде случаев, не выздоровление, а, к сожалению, смерть [3].

Следующей особенностью онкологии, серьезно влияющей на должное поведение врача, является калечащий характер многих видов лечения, что угрожает каждому больному индивидуально. Это обстоятельство усугубляется тем, что при правильной постановке профилактических осмотров и раннем выявлении рака болезнь удаётся обнаружить у людей трудоспособного возраста, считающих себя здоровыми.

Диагноз рака труден, почти всегда требует применения специальных достоверных методов исследования, и поэтому каждый больной, у которого подозревают наличие злокачественной опухоли, должен быть консультирован онкологом и пройти специальное дополнительное обследование. В то же время направление на дообследование к онкологу или в онкологическое учреждение очень часто пугает больных и даже порождает канцерофобию. Поэтому надо не просто выписать направление, но обязательно разъяснить больному, что его посылают в высококвалифицированное учреждение, где созданы все условия для более точной диагностики, куда обращаются не только онкологические больные. Следует отметить, что больной со злокачественной опухолью крайне редко сразу приходит к онкологу. Обычно до онколога он проделывает длинный путь, побывав у врачей поликлиники. При неправильно построенной первой беседе, когда врач, заподозрив у больного рак, направляет его к онкологу и, более того, позволяет себе высказываться определенно, не имея доказанного диагноза, а лишь подозрение, наступает реакция в виде страха. Нежелательные последствия бывают двойкие. Некоторые больные, боясь уточнения диагноза, месяцами не идут к онкологу, затягивая срок лечения своей болезнью.

Вторая форма нежелательной реакции заключается в появлении канцерофобии. Многие больные думают, что если их направили на консультацию в онкологическое учреждение, то у них рак, а в противоопухолевом лечении им отказывают вследствие неизлечимости болезни [1].

Необходимо помнить, что даже если диагноз рака кажется несомненным, правильнее ориентировать больного на серьезное дообследование и лечение. Это должно вытекать из внимательного, неторопливого осмотра и обследования и столь же серьезной беседы. Поспешный вывод врача порождает либо недоверие к его мнению, либо суждение о полной очевидности далеко зашедшего опухолевого процесса. До морфологического подтверждения диагноза ни в коем случае нельзя с определенностью говорить о диагнозе, потому что диагностические ошибки бывают достаточно часто.

Именно исходя из этих деонтологических соображений, обсуждать с больным и его родственниками возможные методы и виды лечения, их исходы и последствия имеет право только тот врач, который берет на себя личную ответственность за предстоящее лечение. Только он и никто другой.

В создании спокойной атмосферы важную роль играет в поликлинике средний медицинский персонал и медицинские регистраторы. Многие отлично понимают свое место в системе онкологической службы, правильно оценивают душевное состояние больных.

Сердцевину медицины составляет милосердие, и если нельзя помочь больному радикально, то надо всеми силами стремиться облегчить его страдания. Сам факт диагностики опухоли или подозрение на нее неизбежно вызывает у большинства больных потрясение, шок, страх за свою жизнь, так как онкологические заболевания традиционно относятся общественным мнением к разряду неизлечимых. При возникающих подозрениях больной больше всего боится диагноза "рак", гонит от себя эту мысль и нередко из-за страха избегает медицинских обследований. Профилактические осмотры не должны осуществляться под лозунгом "Раннее выявление рака", так это оттолкнет ряд лиц, у которых он может быть заподозрен.

Вопрос о раскрытии больному диагноза онкологического заболевания до настоящего времени является предметом дискуссии среди врачей и психологов. С одной стороны, человек имеет право на ин-

формацию о состоянии своего здоровья, с другой, необходимо учитывать, что сообщение о диагнозе в открытой резкой форме способно вызвать у пациента шоковое состояние и создать опасность суицидального поведения. Вопрос о том, что и как сообщить больному, должен решаться в каждом случае индивидуально с учетом особенностей его личности, ее устойчивости и зрелости, а также психологического состояния.

Важно, чтобы информацию о состоянии своего здоровья, планируемом лечении и прогнозе пациент получал от своего врача, а не от посторонних лиц (других пациентов, знакомых и т.д.). При этом общение врача с пациентом должно внушить надежду на благоприятный исход лечения или возможность достижения ремиссии. Возможные отказы больных от предлагаемого лечения нередко связаны с деонтологическими погрешностями [2].

По результатам работы Центра в онкологический диспансер с подозрением на ЗНО молочных желез направлено 49 женщин. У 24 женщин диагноз подтвержден гистологически. Важно отметить, что все направленные пациентки были проконсультированы специалистами онкологического диспансера. Кроме того, две пациентки, у которых был подтвержден диагноз ЗНО молочных желез, приняли участие в съемках фильма, посвященном результатам работы медицинского диагностического центра. Женщины открыто рассказывали о своем заболевании, говорили о необходимости своевременного обращения к врачам.

Таким образом, соблюдение правил этики и деонтологии при общении с пациентами онкологического профиля, приводит к своевременному обследованию и лечению данной категории больных. Спокойное, доброжелательное отношение к женщинам, взятое за основу в Центре, располагает к доверительному контакту между врачом и пациентом, что является залогом успешного лечения.

Литература:

1. Быкорез А.Н., Рубенчик Б.Л. Причина рака: факты и гипотезы. – Киев: «Наукова думка», 1997.- 118 с.

2. Лавренов В.К. Природное лекарство против рака. –СПб:«Диалог», 2003–76 с.
3. Прот. Сергей Филимонов. Православный взгляд на онкологию. www.azbuka.ru «Азбука здоровья».
4. Рак молочной железы – системный анализ проблемы, диагностика, лечение, реабилитация. Под ред. А.В. Красильникова, А.М. Вязьмина. – Архангельск: издательство «Правда Севера», 2006. – 440 с.
5. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. World Health Organization, 2009.

ЭТИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ПРАВОСЛАВНОГО ВОСПИТАНИЯ И МИЛОСЕРДИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ

Хорева Е.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

С вопросами православной медицины студенты Северного государственного медицинского университета знакомятся уже на первом курсе. Некоторые темы рассматриваются при изучении истории медицины в музейном комплексе СГМУ, где есть возможность узнать о развитии монастырской медицины, о северных святых. Посвящением в тему православной медицины в музее стало знакомство с жизнью крупного народного северного врача Афанасия Холмогорского, автора известного «Реестра из дохтурских книг...», являвшегося устроителем Архангельской Епархии. Исследователи его биографии обозначили немало этических моментов, которые он рассматривал в своих трудах. [1]

Связь прошлого с настоящим ощущается через взаимодействие музея с Обществом православных врачей, архангельским сестричеством и другими общественными организациями, в результате чего были организованы выставки в СГМУ и других учреждениях, где можно узнать о православной медицине. К организации музейных экспозиций и других мероприятий, посвященных православной тематике, активно подключаются желающие студенты разных курсов и факультетов. При этом необходимо отметить, что студентам разных вероисповеданий интересна эта работа, в результате чего русские вместе с представителями других стран, в т.ч. и мусульманских охот-

но изучают исторические факты. Особенно актуально сегодня, что многие православные темы связаны с патриотическими исследованиями. Этические моменты при этом только позитивные.

Для первокурсников, как и для других студентов, немаловажным является изучение биоэтики. В системе медицинских знаний у студентов медицинского вуза этот вопрос изучили архангельские ученые, являющиеся глубоковерующими и уважаемыми людьми. Их утверждения о развитии этических парадигм очень интересны для начинающих исследователей. [2]

В настоящее время у студентов СГМУ есть большие возможности принимать участие в различных конференциях, симпозиумах, где приветствуется исследовательская деятельность наравне активной гражданской позицией, в т.ч. в волонтерской сфере. Результаты студенческой деятельности в самых разных направлениях, осуществляемых на благо пожилых людей, в том числе, ветеранов Великой Отечественной войны.

Так, например, на Первом Международном Форуме «Милосердие», который проходил с 1 по 2 ноября 2014 года в Санкт-Петербурге, делегация СГМУ представила широкий спектр сообщений. Тема милосердия не только очень важна и значима в жизни современного общества, она жизненно необходима. Работа врача и других медицинских работников неразрывно связана с этим понятием. Целью Форума стало желание православного сообщества показать особую значимость сострадательного отношения к окружающим в обществе, дать новый импульс развития добровольческого движения и милосердия среди молодежи, студенчества и специалистов помогающих профессий. Каждый участник из делегации СГМУ представил свой оригинальный доклад. На секциях «Подготовка к добровольчеству и милосердному служению студенчества и молодежи» и «Милосердное служение врача и других специалистов помогающих профессий» выступили 4 делегата от нашего вуза. Заведующая кафедрой неонатологии и перинатологии СГМУ, председатель научно-

методического совета Общественного факультета ментального здоровья, д.м.н., профессор Г.Н. Чумакова раскрыла значимые вопросы медицины в докладе «Сколько стоит милосердие врача?». Директор Музейного комплекса СГМУ А.В. Андреева представила работу на тему «Молодежные православные исторические инициативы в медицинском вузе». Студентка 2 курса лечебного факультета Е. Хорева рассказала о работе волонтерского движения «Айболит» в СГМУ. Студентка 3 курса педиатрического факультета СГМУ Е. Лочехина осветила современную проблему абортов в исследовательской работе «Отношение будущих врачей к аборту. Отношение молодежи к абортam (на примере средних и высших учебных заведений г. Архангельска)».

На секции «Современная практика медико-социального служения: проблемы и перспективы» декан общественного факультета ментального здоровья СГМУ, д.м.н. Л.Е. Громова выступила с докладом «Подготовка сестёр милосердия в СГМУ». Студентка 3 курса педиатрического факультета О. Тонковская - представитель студенческого волонтерского движения «Горячие сердца» представила свою работу «Подготовка добровольцев для работы в сфере здравоохранения и социальной защиты» на симпозиуме, посвященном подготовке к добровольчеству и милосердному служению студентов и молодежи.

После пленарного заседания состоялась работа в творческих группах по созданию и защите разработанных проектов по направлению «Люди особой заботы в добровольчестве и милосердном служении – дети, молодежь, семья, инвалиды, больные и престарелые». Завершением работы секции стала демонстрация фильма «Милосердие – светильник любви к людям».

Представители Правления российского Общества православных врачей озвучили важные темы, которые непосредственно касаются работы врача, в своих выступлениях: «Подвиг Лейб-медика царской семьи Е.С. Боткина» (А.Г. Чучалин, академик РАН); «Милосердные основы биомедицинской этики» (Г.Л. Микиртичан, профессор Санкт-

Петербургского педиатрического медицинского университета); «Русская идея и русская медицина» (А.В. Недоступ, профессор Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова); «Духовный облик врача» (протоиерей Сергей Филимонов, профессор Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета). Эти доклады произвели большое впечатление на слушателей – настолько они были интересными. В каждом сообщении звучала тема этического воспитания молодежи, что всегда актуально.

Мы приняли активное участие в Форуме «Милосердие», и каждый вынес частичку доброты, тепла и любви для дальнейшей плодотворной работы. А самое главное – мы получили много интересной информации по актуальным для нас проблемам медицины. Этические проблемы звучали во многих сообщениях, и положительный опыт коллег остался в нашей памяти.

Литература

1. Фруменкова Т.Г. 370 лет со дня рождения Афанасия Холмогорского. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 год/ Сев.гос.мед.ун-т, – Архангельск. 2011. С. 143 - 147.
2. Чумакова Г.Н. Значение изучения биоэтики в системе медицинских знаний у студентов медицинского вуза. Медицинское образование на современном этапе. Материалы XIX межрегиональной учебно-методической конференции. 2014. С. 94.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Чеглаков А.Н.

Устьянская центральная районная больница, п. Октябрьский

Защита прав и законных интересов детей и подростков является одним из приоритетных направлений государственной политики любой страны. Вопросы реализации прав несовершеннолетних при оказании медицинской помощи стали темой круглого стола комитета Госдумы по охране здоровья, проведенного 22 декабря 2014 года. Для участия в обсуждении были приглашены депутаты профильного ко-

митета Госдумы, представители министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда медицинского страхования, юристы и руководители лечебно-профилактических учреждений, в том числе и автор настоящей статьи.

Тема круглого стола заседания определена не случайно. В сфере практической реализации прав детей на охрану здоровья имеется ряд проблем правового, социально-экономического, психологического, этического и иного характера, требующих широкого общественного обсуждения и решения.

Участники круглого стола обсудили наиболее актуальные проблемы, в том числе реализацию права родителей, законных представителей, иных членов семьи на бесплатное совместное нахождение с ребенком при оказании ему медицинской помощи в стационаре. До настоящего времени механизм реализации этого права не определен, в большинстве медицинских учреждений отсутствуют необходимые для этого условия и возможности. Много вопросов возникает в части допуска родителей в отделения реанимации и интенсивной терапии. В нашем регионе в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов предусмотрено бесплатное предоставление спального места и питания одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний. Решение о наличии медицинских показаний принимается лечащим врачом совместно с заведующим отделением, о чем делается соответствующая запись в медицинской документации. Следует обратить внимание на два момента: во-первых, к совместному нахождению с ребенком в стационаре допускаются не только его законные представители, но и иные члены семьи и во-вторых, в настоящее время не существует утвержденного перечня со-

ответствующих медицинских показаний. При госпитализации детей в отделения ГБУЗ АО «Устьянская ЦРБ» при наличии возможностей, желания ребенка и его законных представителей мы не препятствуем их совместному пребыванию в стационаре, поскольку комфортная психологическая обстановка помогает ребенку лучше адаптироваться в отделении, а наличие мамы в отдельных случаях помогает лучше организовать лечебный процесс. Также родителям предоставляется возможность посещать ребенка в отделении реанимации.

Действующим законодательством закреплено право несовершеннолетнего на получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме. Однако при кажущейся однозначности закона в процессе его правоприменения возникает ряд проблем. Так, большинство медицинских работников не обладают знаниями по адаптации предоставляемой информации несовершеннолетнему пациенту. При этом законодательством РФ не определен нижний предел возраста, с которого ребенку должна передаваться информация о состоянии его здоровья. В основном врачи предпочитают общаться с родителями несовершеннолетнего пациента даже после достижения ими 15-летнего возраста, игнорируя наличие права на получение информации о состоянии здоровья у данной категории пациентов. Вместе с тем мнению ребенка при оказании медицинской помощи должно уделяться достаточно внимания в соответствии с его возрастом и зрелостью. Согласно ст. 57 Семейного Кодекса Российской Федерации ребенок вправе высказывать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы, с 10 лет. Возможно, именно этот возраст можно принять за нижний предел, после которого ребенку может быть в доступной форме предоставлена информация о состоянии его здоровья.

Право пациента-подростка на врачебную тайну регламентировано статьей 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ», которая предполагает сохранение конфиденциальности сведений о здоровье и заболевании пациента, а также иных сведений

о нем от других лиц, в том числе родителей. Специалисты рекомендуют отражать в медицинской документации согласие подростка на передачу информации о нем определенному кругу лиц, а также ее объем. В соответствии со статьей 20 того же закона обязательным условием при оказании медицинской помощи является оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.

Один из самых дискуссионных вопросов при оказании медицинской помощи несовершеннолетним является возраст согласия на медицинское вмешательство. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него имеют несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет. В тоже время согласно Семейному Кодексу РФ всю полноту ответственности в случае ухудшения физического, психического и нравственного состояния подопечного несовершеннолетнего ребенка до достижения им 18 лет продолжают нести родители. Этот вопрос наиболее актуален при необходимости принятия решения в отношении здоровья подростка в репродуктивной сфере. Участники круглого стола высказывали мнение о необходимости информирования законных представителей о случаях беременности девушек подростков независимо от их желания и совместном решении о её сохранении. Однако увеличение возраста принятия решения в отношении своего здоровья может привести к увеличению количества криминальных аборт и связанных с этим негативных последствий.

Одним из вопросов круглого стола было обсуждение механизма совершенствования защиты прав несовершеннолетних при отказе законных представителей от медицинской помощи. В этом случае законным представителям в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. При подтверждении отказа от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни несовершеннолетнего, медицинская организация, в соот-

ветствии с действующим законодательством, имеет право обратиться в суд для защиты его интересов. Чаще врачи сталкиваются с отказом от переливания несовершеннолетним препаратов крови по религиозным причинам. Существующая практика предусматривает длительные сроки рассмотрения дел в суде. С учетом срочности оказания медицинской помощи участниками круглого стола предложено внести соответствующие изменения в законодательство, предусматривающие особый порядок рассмотрения дел в суде по таким основаниям с уменьшением сроков их рассмотрения от 1 до 3 дней.

В нашей стране реализуется целый ряд международных и государственных правовых актов по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних. Однако, сохраняя базовые принципы, законодательная база требует постоянного совершенствования с учетом развития общества и возможностей здравоохранения. Постоянное повышение правовой грамотности врачей, медицинских сестер, организаторов здравоохранения в условиях изменяющегося законодательства будет способствовать наиболее полному соблюдению прав несовершеннолетних при оказании им медицинской помощи.

ЭВТАНАЗИЯ И МИЛОСЕРДИЕ – ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

Чумакова Г.Н., Светличная Т.Г., Фокин А. Д., Степанов Е.С.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

“Эвтаназия” – “благая смерть” (от греч. эв – хорошо, танатос – смерть), этот термин был введен английским философом XVII века Френсисом Бэконом. «Долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в смягчении страданий, вызванных болезнью; и состоит он не в том лишь, чтобы ослаблять боль, почитаемую опасным симптомом; если недуг признан неизлечимым, лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия...» писал Фрэнсис Бэкон в статье журнала "Новый органон" в 1623 году. Очевидно, что автор имел ввиду сострадательное, милосердное отношение к умирающему больному. В XIX веке термин «эвтаназия» приобретает иное значе-

ние и обозначает “умерщвление пациента из жалости” и используется в ряде других значений:

- ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
- прекращение жизни лишних людей;
- предоставление человеку возможности умереть.

В XXI веке появилось выражение «умереть достойно», «почеловечески», без лишних страданий. Проблемы, связанные с эвтаназией, стали волновать законодателей и общественность и вышли за пределы компетенций медицины.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" эвтаназии посвящены статьи 45 и 71. В 45 статье - запрет эвтаназии, сказано: медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента. В статье 71 - клятва врача указано, что лица, завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования при получении документа о высшем профессиональном образовании дают клятву врача, где обещают «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии». Несмотря на четко высказанную позицию государства по отношению к эвтаназии в СМИ постоянно поднимается вопрос о легализации эвтаназии в России. Нами опрошены студенты 1 и 2 курсов лечебного факультета по основным проблемам биоэтики, 31 % высказались за проведение эвтаназии, 24% - против и 45% затруднились с ответом. В 1991-1992 годах был проведен опрос среди российских медиков на тему «поддерживаете ли вы эвтаназию». 49% врачей в возрасте 21-30 лет ответили «Да» [4]. В 1999 году при опросе врачей Твери 26,6 % поддержали эвтаназию. [1]

Неоднозначное отношение врачей к вопросам эвтаназии связано с наличием двух видов «умерщвления» больных: активная эвтаназия

(метод наполненного шприца) – убийство пациента и пассивная (метод отложенного шприца) прекращение лечения и больной умирает без оказания медицинской помощи. Юридически в России запрещена активная эвтаназия. При уточнении вопроса «Смогли бы Вы собственноручно прекратить жизнь страдающего и безнадежного больного?» 18,5% врачей ответили «да», 54,1% – «нет» и 27,4% – затруднились с ответом, т.о. 18,5% врачей готовы нарушить закон и прибегнуть к активной эвтаназии [2]. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статье 19. Право на медицинскую помощь в пункте 5.8 определено, что пациент имеет право на «отказ от медицинского вмешательства». Как должен относиться врач к подобным просьбам? В.В. Миллионщикова говорила: «... когда больной просит “Убей меня!”, он просит о помощи. Он пытается докричаться до окружающих людей, пробить кору равнодушия и лжи, но часто его крик о помощи остается без ответа». Альтернативой эвтаназии выступает паллиативная помощь. В статье 36 федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" дано определение - «паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Основным средством паллиативной помощи должно стать милосердие. Милосердие – проявление человеческого в человеке, как писал В.И. Даль «сердолобие, готовность делать добро всякому, любовь на деле».

Смерть — это часть человеческой реальности со всеми ее последствиями. Право на смерть может включать в себя право на лечение при помощи гуманных методов: они должны быть направлены на то, чтобы облегчить страдания и уныние, помочь умереть спокойно. Такое гуманное лечение всегда заканчивается лишь естественной смертью, без искусственной ее провокации. Умирание

— это особое время человеческой жизни и медицина должна помочь человеку по-человечески умереть. Для этого создаются хосписы, позволяющие сохранить человеческое достоинство больных и возможность личностного общения за счет дополнительного внимания и качественного ухода, личностного отношения к каждому пациенту.

В хосписе не ограничивается применение анестезии сугубо медицинскими задачами купировать боль. Задача не в том, чтобы боль стала переносимой. Задача в том, чтобы пациент не ощущал дискомфорта. Поэтому здесь допустимо применение большего количества обезболивающих средств, чем в обычных больницах. В хосписах пациенты чувствуют, что живут полноценной духовной жизнью, а не доживают свой век в страшных муках. Хоспис - поистине действенная альтернатива эвтаназии.

Литература:

1. Лаврикова И.Н. Тверские врачи: отношение к эвтаназии //Социологические исследования. 1999.№ 5. С. 95 – 98
2. Карп Л.Л., Потапчук Т.Б. Проблема эвтаназии «за» и «против» // Социологические исследования. 2004. №2. С. 137
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
4. <http://www.kakprosto.ru/kak-814233-legalna-li-evtanaziya-v-rossii#ixzz3R9PEtfGe>

ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ: ВАРИАНТЫ ЭТИЧЕСКИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Штыкова О.В., Ефимова Н.В.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В основе ведения пациентов молодого возраста с синдромом повышенного артериального давления является модификация образа жизни: изменение диеты и двигательного режима; регулярный самоконтроль за показателями артериального давления; отказ от вредных привычек; формирование навыков саморегуляции и поведения в стрессовых ситуациях [3].

В повседневной практике обучение подростков проходит в «Школе артериальной гипертензии», а также при личном взаимодействии с лечащим врачом. В целом схема взаимодействия с пациентом представляет собой цикл, известный в теории управления: планирование – организация – мотивация – контроль [2]. Лечащий врач в данном случае выступает, в том числе, в качестве организатора процесса обучения. Успешность обучения зависит от множества составляющих: исходных параметров образа жизни, мотивации к выздоровлению, личностных особенностей пациента, возможностей семьи.

На этапе планирования необходимо выяснить исходные предпосылки и разработать план корректирующих мероприятий, согласовав его с пациентом и по возможности с его родителями. Этап организации включает обеспечение проведения ряда запланированных мероприятий: встречи с лечащим врачом, диетологом (по возможности), медицинским психологом, врачом ЛФК или спортивным тренером и другое.

Только при наличии мотивации у пациента возможно эффективное взаимодействие для достижения оптимальных результатов. Вопросам формирования мотивации к изменению образа жизни в современной литературе, да и в практической деятельности, уделяется крайне мало внимания. Мы делаем акцент на обучении правилам здорового образа жизни, но не получаем ожидаемого отклика только лишь потому, что сами пациенты не ощущают внутренней потребности изменить что-либо в себе и своих привычках и рекомендации врача остаются не реализованными. Лечащему врачу необходимо владеть основными приемами создания мотивации у пациентов. Весьма прост для практического применения, алгоритм, заимствованный из теории продаж и неоднократно доказавший свою эффективность: установление контакта, выяснение потребностей, презентация предложения, работа с возражениями и заключение «договора». Становится очевидным, что при обычном общении с пациентами упускается значительная часть процесса мотивации и формирования

«спроса», соответственно в большинстве случаев желаемый результат не достигается. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что во взрослой популяции уровень должного контроля артериального давления при артериальной гипертензии достаточно низок (не превышает 30%) [4].

Этап контроля является значимым на протяжении всего обучения и обеспечивает достижение поставленных целей. В идеале контроль со стороны лечащего врача должен осуществляться регулярно, по заранее определенным параметрам с известными критериями эффективности. Привычка к самоконтролю дисциплинирует пациентов и облегчает процесс дальнейшего наблюдения.

При работе с пациентами подросткового возраста врач неизбежно сталкивается с необходимостью внедрения во внутрисемейные взаимоотношения. Например, около 80% подростков с избыточным весом растут в семьях, где родители также имеют избыточный вес [5, 6].

К 15-17 годам у подростка имеются достаточно устойчивые привычки относительно питания, и в этом он практически полностью зависим от родителей. Изменить режим питания без привлечения членов семьи не представляется возможным. Особенно это сложно, в тех семьях, где родители не считают наличие избыточного веса у себя и ребенка существенной проблемой. Не редкостью является наличие в семье патологических стереотипов, например: «Все, что поставлено на стол, нужно съесть».

Попытка изменить семейный уклад часто сопряжена с целым рядом проблем морального и психологического характера. Возможно даже развитие конфликтов между родителями и подростком при отсутствии единого взгляда на вопросы образа жизни. Известно, что отсутствие чувства безопасности, повышенная чувствительность и изоляция среди тучных людей является доминирующими [1], таким образом, ведущим правилом взаимодействия с такими пациентами является разумное сочетание настойчивости и деликатности. Семейное

психологическое консультирование может оказать определенную помощь для поиска компромисса.

Подходя к вопросу организации физической активности, следует учитывать, что подростки с ожирением часто стесняются заниматься групповыми видами спорта, да и просто появляться в спортивном зале. Следует совместно подбирать наиболее комфортный вид физической активности. Например, в данном случае доступной и полезной нагрузкой будут являться пешие прогулки.

Касаясь вопроса вредных привычек, мы часто сталкиваемся с тем, что курение детей и подростков часто связано с психологическими проблемами (неблагополучие в семье, неудовлетворенность собой и др.). Мотивируя пациента на отказ от курения необходимо учитывать множество факторов: его желание; курящая семья и/или окружение подростка; стаж табакокурения и пр. Бесспорно, в решении данной задачи необходимо сотрудничать как самим подростком, так и его семьей.

К вредным привычкам на сегодняшний день относится и длительное пребывание детей и подростков за компьютером. К сожалению, в большинстве случаев основной формой организации досуга у подростков является общение с компьютером, которое во многих случаях приобретает даже черты зависимости. Эта пагубная привычка влечет за собой и гиподинамию, и повышение процессов возбуждения в нервной системе, а иногда и патологическое пищевое поведение, но компьютер и интернет для современных подростков являются заменой настоящих друзей и реальной жизни. Единственным выходом из такой ситуации является строгое ограничение занятий за компьютером по времени и поиск альтернативных видов деятельности в свободное время.

Таким образом, варианты этических взаимодействий врача и пациента в профилактике артериальной гипертензии должны соответствовать технологии «планирование – организация – мотивация – контроль». В общении с подростком необходимо быть честным и от-

крытым, а так же индивидуально подходить к его обучению в «Школе артериальной гипертензии».

По выражению Гиппократ «И успех, и неуспех в лечении болезни нужно возлагать как на долю врача, так и на долю пациента», и лишь при условии сотрудничества всех сторон лечебного процесса возможно сохранение здоровья и продление жизни.

Список литературы

1. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007.– 1300 с.
2. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: «Дело», 1997. – 704 с.
3. Национальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков (второй пересмотр) / Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009. – 8(4). – С. 253-288.
4. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии / (Второй пересмотр). – 2004.
5. Flynn JT. The changing face of pediatric hypertension in the era of the childhood obesity epidemic. *Pediatr. Nephrol.* 2013;28:1059-1066.
6. Roya Kelishadi and Fatemeh Azizi-Soleiman. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *J Res Med Sci.* Oct 2014; 19(10): 993–1008.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В ФОРМИРОВАНИИ ДОМИНАНТЫ РОДИТЕЛЬСТВА (МАТЕРИНСТВА И ОТЦОВСТВА)

Щукина Е. Г.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

С начала 60-х гг. прошлого века почти во всех женских консультациях начали работать курсы по подготовке к родам. В последнее время часть этих курсов были переименованы либо в Школы подготовки к материнству, либо Школы будущей матери и пр. Следует отметить, что сегодня в ряде библиотек существуют Школы материнства, например "Аистенок", "Начало чтения еще до рождения" и др, где сотрудники библиотек организуют занятия для родителей, ожидающих рождения детей. В нашем вузе совместно с сестричеством во имя святой царственной великомученицы Александры Феодоровны

появился проект, поддержанный правительством Архангельской области "Школа материнской любви".

Кто в ней учится, когда и зачем?

Если бы в наших семьях была гармония (муж и жена - любящие, уважающие и ответственные друг перед другом; мать и отец - с радостью и ответственностью думающие о своих детях; дети, благодарные родителям и почитающие их), наверное, эта Школа существовала бы в семье. Старшие передавали бы опыт и знания, младшие бы перенимали. Но жизнь, как и история в целом, не принимает сослагательного наклонения. И сегодня мы имеем много распадающихся семей, огромное количество страдающих детей, множество несчастных родителей. Значит, Школа нужна, раз материнство под угрозой, и матери не справляются со своей, природой данной ролью. И материнский инстинкт, о котором так любят говорить, сегодня подавлен, не срабатывает.

Поэтому, на наш взгляд (вслед за И. А. Аршавским, 60-е гг. 20 в.) главное в формировании материнства лежит именно принцип доминанты [1]. Это один из основных принципов деятельности центральной нервной системы, сформулированный еще в тридцатые годы А. А. Ухтомским (1932)[2]. Согласно этому принципу, под влиянием какого-либо возбуждения, вызванного внешними или внутренними раздражителями, формируется очаг господствующего возбуждения (доминанта), обеспечивающий деятельность организма в определенном направлении и способствующий оказать тормозящее действие на работу других нервных центров, препятствующих этому. И. А. Аршавский применил этот принцип для исследования и объяснения изменений, происходящих в организме беременной, именно он предложил термин «материнская доминанта» или гестационная доминанта (Аршавский, 1967).

В целом, репродуктивная сфера человека представляет собой систему физиологических, телесных и психических механизмов, объединенных для реализации задач репродукции. Все три составляю-

щие тесно взаимосвязаны друг с другом, функционируют как единая биологическая система.

Управляет же этой системой доминанта материнства, или гестационная доминанта (участок левого полушария головного мозга), обеспечивающая направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для зачатия, развития эмбриона и плода, родов и лактации. В противоположной зоне правого полушария головного мозга сосредоточен очаг доминанты тревоги. А эта тревога выполняет охранительную функцию. Доминанта тревоги всегда активизируется в ситуациях, связанных с условиями выживания, при этом подавляются другие подчиненные системы, в том числе и доминанта материнства.

Наш проект создан не случайно. Сегодня ярко высвечиваются проблемы, связанные с отсутствием у части женщин умения любить своих детей, отказаться от вредных привычек, влияющих негативно на состояние здоровья собственных детей. В целом, репродуктивная система человека по ряду особенностей отличается от других функциональных систем, обеспечивающих жизнедеятельность организма. Так, она формируется прижизненно и не является системой жизнеобеспечения в отличие от дыхательной или пищеварительной. Нарушения репродуктивной системы не ведут к прямой угрозе жизни и здоровья человека. Более того, иногда реализация репродуктивной функции воспринимается как угроза благополучию определенной представительницы женского пола. Это происходит в том случае, когда в представлении человека само родительство, беременность или роды обладают неблагоприятным или пугающим содержанием для психики, вызывающим стрессовую реакцию организма. Что зачастую влечет за собой желание устранить этот неблагоприятный фактор из жизни.

В жизни постоянно или часто возникающая тревога является сигналом о стойком неблагополучии. В отличие от человеческой жизни в природе у животных доминанту тревоги активизируют в ос-

новном факторы внешней среды и если у родительских особей не хватит ресурсов для выживания, то они погибнут вместе с потомством. Поэтому природа сохраняет взрослую особь для сохранения вида, формирования благоприятного периода для выполнения функции родительства.

В жизни людей не всегда происходит то, что целесообразно природе. Физиологическая зрелость девушек и юношей, их несформированное ответственное отношение друг к другу и продолжению рода порой не совпадают. Наступает беременность, которой не ждали. Доминанта материнства и отцовства - не сформирована.

Наш проект включает в себя работу (он-лайн, семинары, конференции) по обучению медицинского персонала родовспомогательных учреждений сформировать у пациенток и их супругов. родителей ценностей человеческой жизни с момента зачатия через пробуждение материнской и отцовской любви к ребенку, осознание наличия внутриутробного воспитания, ориентацию на счастливые роды, когда мама и папа с радостью встречают беременность, что помогает более успешному протеканию родов и ожиданию появления на свет младенца. Акцент делается на обсуждении вопросов духовного содержания о смысле жизни, ценности жизни. Проводя занятия для тех, кто работает с беременными - медперсоналом, мы приглашаем также всех, кто работает со школьниками, учащимися колледжей и вузов. Также мы ориентируем беседы аналогичного содержания проводить со старшеклассниками и студентами учебных заведений своего города (проект рассчитан на Новодвинск, Коряжму и Котлас).

Систематическая работа с населением через родительские собрания в детских садах, школах, среди школьников и студенческой молодежи по формированию ценностей человеческой жизни с момента зачатия поможет снижению количества абортов, гармонизации отношений между медперсоналом и пациентками, а также внутрисемейной обстановки в семьях ожидающих рождения детей.

Одна из целей - показать важность формирования доминанты материнства и отцовства, начиная с детского возраста, сформировать понимание ценности человеческой жизни с момента зачатия.

Библиография

1. Аршавский И. А. Воспоминания об А.А. Ухтомском. Смысл и судьба доминанты нравственности. Рига, Педагогический центр "Эксперимент", 2002. - 288 с.
2. Ухтомский А. А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887-1939. — СПб.: Питер, 2002. — 448 с.

РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО: ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСА

Якушева Е.Е., Якушев И.Б.

Городская детская клиническая больница, Северодвинск

Северодвинская городская больница №2 скорой медицинской помощи

Каждый человек является звеном многочисленных биосоциальных систем. Эти системы являются мобильными конструкциями, что позволяет не только модифицировать внутрисистемные связи, но и дает возможность целенаправленно влиять на нее саму. Согласно Л. фон Берталанфи, «Система есть комплекс элементов, находящихся во взаимодействии» [1]. Таким образом, первичными элементами информации каждой системы являются не отдельные субъекты, но – связи между ними. В случае нарушения или изменения этих связей, мы можем говорить о модификации системы, которая должна или приспособиться к новым обстоятельствам функционирования, или перейти в иное качество (например, погибнуть). Форс-мажорная ситуация, нарушающая привычный ход событий, становится для системы стресс-тестом.

Любая семья также является системой, в которой все субъекты взаимосвязаны определенным образом. Характер этих связей определяет индивидуальную специфику функционирования такой системы. Общее состояние семьи преобразует внутрисистемные связи, влияя на статус конкретного субъекта системы. Очевидно то, что эмоцио-

нальный фон, формирующийся внутри такой конструкции, обладает известной контагиозностью, являясь одним из факторов, способных изменять ее состояние и влиять на эффект терапевтических интервенций. Эмоция может иметь конструктивный и деструктивный характер, становясь в последнем случае обстоятельством, усугубляющим стресс системы и пролонгирующим ее неустойчивость, которая сказывается на ее отдельных элементах.

Болезнь ребенка, особенно в тех случаях, когда его состояние требует госпитализации, часто становится для семьи краш-тестом: изменяются многие привычные связи между субъектами этой системы; и она вынуждена трансформироваться, учитывая новую ситуацию. Модификация устоявшихся связей не всегда протекает идиллически: изменение привычек, режима функционирования, обязательств и прочего часто сопровождаются стрессом, обладающим определенными биохимическими характеристиками, имеющим клинко-биологические последствия для субъектов системы.

В ряде случаев новая ситуация, в которой вынуждена функционировать система, для отдельных ее субъектов (родители больного (РБ)) соответствует диагностическим критериям такой психической девиации, как расстройство приспособительных реакций (РПР). В МКБ-10 эта полиморфная патология характеризуется, как «Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию...» МКБ-10 подчеркивает то обстоятельство, что «Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного... более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей».

РПР не возникает в отсутствие стресс-фактора. Дебют этой патологии, как правило, происходит после стресс-события и в связи с ним. Проявления РПР могут быть различными, включая сочетания

депрессии и тревоги в различных пропорциях и снижение продуктивности в обыденных занятиях (степень может быть переменной).

Взаимодействие с лицом, находящимся в состоянии стресса, часто становится для врача непростой задачей: рациональное объяснение происходящего не всегда бывает эффективным в силу того, что повышенно тревожный эмоциональный фон субъекта не позволяет ему следовать за логикой медицинских комментариев. В большинстве случаев врач и РБ говорят на разных языках, используя различные аргументы, несовпадающие доказательные критерии и даже разные семиотические системы. То, что выглядит абсолютно логичным с точки зрения специалиста, может вовсе не восприниматься РБ, ибо система мышления последнего лежит в совершенно другой плоскости. Тревожный ментальный сумбура не в состоянии постичь детерминанту алгоритма происходящего. Если врач для объяснения ситуации использует функции левого полушария головного мозга – логику и структурированную речь, то его собеседник находится во власти правого полушария головного мозга: его ментальностью владеют эмоции и восклицания.

В силу этих обстоятельств важной задачей представляется попытка настройки врача на те же семиотические частоты, которые использует РБ. Для этого не следует сразу же пытаться излагать этиологию, патогенез и прогноз заболевания ребенка. Целесообразно кратко и эмоционально дать понять РБ, что ситуация находится под контролем. Врачу все ясно, он знает, что следует предпринять, и он знает, что все будет в порядке. Таким образом, в глазах встревоженного РБ врач фактически становится предсказателем будущего, выглядя оракулом и обретая некий почти мистический ореол архетипа «мудрого старца» (по К.-Г. Юнгу), играющий на данном этапе сугубо позитивную терапевтическую роль.

Архетипы — коллективные универсальные паттерны или мотивы, возникающие из коллективного бессознательного и являющиеся основным содержанием религий, мифологий, легенд и сказок. Анали-

тическая психология Юнга считает, что архетип должен восприниматься доосознанно, а не благодаря научению (иррациональный, по существу, – правополушарный аспект коммуникации); он обладает сильным влиянием на эмоции человека; в благоприятной для его проявления ситуации архетип может генерировать мысли и импульсы, вмешиваясь в сюжет; в архетипах заключена собственная специфическая энергетика (потенциальный психотерапевтический аспект взаимодействия). Все эти обстоятельства становятся психотерапевтическими конструкциями, влияющими на ментальный статус РБ. Архетипический ореол становится тем фактором, который позволяет врачу войти в семиотическую систему РБ, заговорив с ним на одном языке. На этом этапе и формируется комплаенс. Именно уверенные слова о том, что «все будет хорошо», а не *почему* «все будет хорошо» и хочет услышать РБ. Рациональное разъяснение перспектив и прогнозов – это уже следующий этап взаимодействия с РБ.

После того, как врач подстроился к РБ и погасил часть его эмоций, мешающих воспринимать логику, он может постепенно перевести собеседника на свою частоту, только теперь добавив аргументы и логику, сообщив о характере заболевания и перспективах его развития.

Итак, первый этап взаимодействия с РБ состоит в том, чтобы подстроиться к его семиотической системе – с учетом психоэмоционального состояния собеседника. Второй этап заключается в том, чтобы приблизить его семиотическую систему к своей, изложив в доступной форме предполагаемый ход дальнейших событий (алгоритм развития заболевания). Третьим этапом будет экстраполяция элементов собственной знаковой системы (в аспекте рассматриваемой проблемы) – на семиотическую систему РБ. В случае успешной реализации третьего пункта РБ может стать резидентом врача, оказывая терапевтическое влияние на семью и ее субъектов даже в отсутствие доктора.

Такая последовательность действий кажется достаточно удачной, так как позволяет сэкономить время и силы врача при взаимодействии с РБ, получив в его лице не оппонента, а активного участника, исполняющего рекомендации специалиста. Кроме того, в свете теории систем, этот алгоритм выглядит более концептуальным, а, следовательно, более эффективным в терапевтическом отношении. И, наконец, с точки зрения деонтологии, такая точка зрения представляется вполне уместной, ибо не нарушает моральных аспектов взаимодействия врача и пациента и/или родственников больного.

Литература:

1. Берталанфи Л. Общая теория систем – критический обзор //Исследования по общей теории систем. Под ред. В. Н. Садовского, Э. Г. Юдина. М., 1969. С. 28.

КОНКУРС: Лучшее эссе и Лучшая презентация

А что думают о профессии врача школьники, будущие абитуриенты, студенты, сделавшие самый главный выбор в жизни – они решили стать врачами.

В 2014 году Министерством Здравоохранения Архангельской области впервые был организован областной конкурс «Я хочу стать врачом!», в котором приняли участие 140 обучающихся 10-11 классов со всех районов и городов области. По итогам конкурса были определены 24 лучшие работы в номинациях «Лучшее эссе» и «Лучшая презентация», авторы которых получили направления на целевое обучение в Северный государственный медицинский университет.

Предлагаем читателям отрывки из эссе победителей областного конкурса.

«Врач... Как гордо и свято звучит это слово для каждого...И как многогранна судьба любого, связавшего с этим словом, этой замечательной профессией, свою жизнь!

Биографии врачей времен Великой Отечественной войны, примеры выдающихся земляков и родных окончательно убедили меня в правильности выбора - врач является одной из приоритетных профессий общества. Так было, так есть и так будет всегда. Ведь врач - это человек, который верит в чудеса и заставляет поверить в них окружающих. Врач – это волшебник, с приходом которого люди становятся счастливее, здоровее. Врач - это тот, кто вселяет надежду в самые трудные минуты жизни человека. И, наконец, врач - это человек с добрым сердцем, благими намерениями и большими надеждами сделать этот мир прекраснее и лучше. Поэтому я и

хочу стать врачом, для которого улыбка и здоровье пациента (не только физическое, но и духовное) будет самым важным!»

Горбачева Ксения 10 «А» школа № 3 г. Новодвинск

«Чтобы быть хорошим врачом, надо, наверное, не только знать и любить людей, свою профессию, работу, но и надо еще самому не умом, а сердцем понимать значение слова "сострадание". И еще хочется, чтобы отношение людей к медицине изменилось, появилось высокотехнологическое оборудование не только в городах, но и в селах для оказания своевременной медицинской помощи. Я тоже, получив специальность врача, хочу вернуться на свою малую Родину, в свой район, чтобы быть нужной людям.

Как сказала Мария Монтессори: «В мире есть любовь, и ее надо научиться видеть и чувствовать, в каждом человеке есть потребность любви, и этому надо учиться, и к этому надо идти через любовь к природе, любовь к искусству, любовь к людям, любовь к делу, которому ты служишь».

В нашей семье уже наблюдается династия. Есть стоматолог, педиатр, рентгенолог, моя двоюродная сестра получила профессию медицинской сестры, я тоже надеюсь продолжить их дело, поэтому я считаю, что все мои усилия не будут потрачены зря и моя мечта сбудется: «Я стану врачом и по мере возможности смогу помогать людям!»

*Щербакова Кристина 10 «В» школа №118 с. Карпогоры,
Пинежский район.*

«Как много интересного на свете! И непознанного! И таинственного! И ужасного! Но лучшее, что есть на свете – это ЧЕЛОВЕК! Это он строит и разрушает, доказывает и опровергает, летает и плавает, воспевает и осуждает! Как много он о себе написал! И возвысил: «Человек – это звучит гордо!» И обидел: «Видом - сокол, а голосом - ворона!» И пошутил: «Век живи – век учись, а дураком помрешь». И воспел: «В человеке всё должно быть прекрасно...»

Как много мы знаем о человеке! Но все ли? Январской студеной ночью 41-го в небольшой деревушке Чижово, что под Вязьмой, Ксения, усталая от колхозной работы, от изматывающей тревоги о троих детях и муже, ожидала рождения очередного ребенка. Ох, сейчас бы ни к чему

пополнение! И дом начали строить, и сил будто нет! Да уж такая, видно, доля! Фельдшер, спокойный и уверенный Петрович, не торопится. Медленно надевает свой фартук, моет руки, распоряжается насчет воды, белья. «Зря ты, девка, воешь, пугаешь малыша, а ему силы нужны будут,» - сказал, как напорожил.

Маня родилась слабенькой, выхаживать её было некогда. Отец-кормилец ушел на фронт в первые дни войны, деревню заняли немцы, а оставшихся в ней жителей выгнали в землянки. От голода и постоянной холодищи Маня долго не могла ходить, да и ножки держали ее не так, как у других. Стопы были вывернуты внутрь, коленочки поглядывали в разные стороны, и потому передвигалась она медленно, как мишка-топтыжка, покачиваясь из стороны в сторону, бегать не получалось. Эта уродливая походка, да белые кудряшки, да детское коверканье немецкого языка так веселило фрицев, что они часто зазывали Маню во двор, подманивали хлебом, цокали языком, предлагая ей бежать за протянутым кусочком, а потом гоготали, когда Маня, запутавшись своими ножками-колесиками, шлепалась на землю, плакала, но продолжала тянуть ручонку за кусочком.

А еще у немчур была кошка, жирная, холеная. У кошки в миске всегда была теплая еда. Маня долго наблюдала за соперницей и, выждав удобный момент, осторожно подползла к миске... Такого вкусного супчика Маня больше не попробует никогда. Всю жизнь будет сопровождать ее этот неземной аромат кошкиной еды.

А летом 44-го Маня уже притопывала в такт «Катюше», которую она пела (громко сказано!) уставшим советским солдатам, распластавшимся возле деревенского колодца. Изможденные серые лица и такие теплые глаза! «Эх, девонька! – говорили они. – В больничку бы тебе да доктора хорошего!» И угощали трофейным шоколадом. «Да где ж взять доктора?» - всхлипывала мать.

Вернулись с войны мужчины. Пришел и Манин отец, и фельдшер Петрович. Осмотрел Маню, что-то пробормотал, а потом исчез на несколько дней. Вернулся с какими-то бумагами. «Собирай девку, - сказал Ксении. – Нашел доктора, в больничку свезу.»

Так Маня оказалась в районной больнице-госпитале, где лежали всякие: калеки войны, исхудавшие до неприличия тетки, дети-сироты...

Маня впервые увидела так много людей в одинаковой белой одежде и такого же цвета шапках на головах. Эти люди разговаривали вполголоса, ходили медленно, зачем-то останавливаясь у каждой кровати. Дошли и до Мани. Дяденька с бородой и усами улыбался, что-то говорил. Маня смотрела в его глаза-лучики, и ей было не страшно, а страшно интересно, зачем он щекочет ее пяточки, давит на коленочки, стучит молоточком, от удара которого так смешно дрыгаются ножки. Маня засмеялась, а Сергей Александрович (так называла доктора строгая тетя-помощница) спросил: «Ну, барышня, о чем мечтаете?» Маня не растерялась: «О хлебушке».

Маня плохо запомнила, как лечил ее «теплый» доктор, фамилии которого она не узнает никогда, но на всю жизнь запомнит целую тарелку хрустящих белых корочек, которую передали ей люди в белых халатах, когда отправляли домой.

Прошло более полувека, но вспоминает моя бабушка чувство необыкновенной радости, которое она испытала в той провинциальной больничке и от неожиданного подарка «тёплого» доктора, и от тепла его мудрых рук, и от голоса, вселяющего надежду... И до сих пор слышит: «Собирай девку, доктора нашел...»

Мы многое знаем о человеке. Но все ли? Можем ли мы определить размеры его щедрости, самоотдачи, самопожертвования? Можем ли почувствовать границы тщеславия, черствости, скарденности?

Близкие невольно формируют в нас нравственные ценности, которые в полной мере раскроются в будущем. Моя бабушка Маша помогла мне понять, как важно уметь переживать за другого человека, уметь сострадать чужой беде, радоваться чужому счастью. Так родилось у меня желание служить людям.

Твой выбор всегда внутри тебя, а сделать его порой помогает случай, услышанная история. Я хочу стать врачом и стану им. Этот выбор мне помогли сделать и бабушка, и незнакомый Петрович, и чудный Сергей Александрович.

Удивительно, в памяти бабушки остались воспоминания не о трудном и голодном детстве, а о людях, согревших его теплом своего сердца.»

Кузнецова Дарья 10 «А» школа № 2 г. Северодвинск.

«Я хочу заниматься клонированием и проводить операции по пересадке органов. В будущем я вижу создание медицинских центров, осуществляющих операции по трансплантации, в каждом городе. В медицинских центрах будет меньше очередей и больше мест, чтобы людям не приходилось долго ждать. А так же, я хочу, чтобы продолжительность жизни пациентов после пересадки органа сохранялась как можно дольше. На данный момент, наибольшая зарегистрированная продолжительность жизни пациента с пересаженной почкой — 19 лет, с пересаженным сердцем — 7 лет, с печенью — 6 лет, а с легкими — 10 месяцев. Нужно, чтобы сфера трансплантации быстрее развивалась и широко использовалась в нашей стране, как в других развитых странах, например, в США. Когда я буду заниматься трансплантацией, я обязательно постараюсь разработать новый метод пересадки, более простой, экономичный и выгодный для больных. Я хочу, чтобы операции были доступны всем, в том числе, ребятам с патологиями из детских домов, больным детям из малоимущих семей.

Я думаю, что профессия «врач» — это не та область, в которую приходят ради денег. По-настоящему успешным специалистом станет только тот, кому доставляет неподдельное удовольствие помогать окружающим. Главное — желание постоянно совершенствовать свои навыки и знания, любить своё дело и не бояться финансовых трудностей. Справедливо говорят, что доктор — это не столько набор профессиональных навыков. Доктор — это призвание!»

Минина Татьяна 11 «В» школа №118 с. Карпогоры, Пинежский район.

«Какими качествами должен обладать человек, который выбрал для себя профессию врача? Честь, совесть, долг, нравственность, добродетель. Люди, обладающие этими нравственными качествами, издревле почитались на Руси. Каждый человек обладает ими, но не каждый развивает их в себе, доводит до совершенства. Я знаю русских врачей, которым удалось это сделать: кардиохирург Лео Бокерия, хирург-ортопед Гавриил Илизаров, торакальный хирург Николай Амосов, офтальмолог Святослав Фёдоров. Особое внимание хочется уделить «Детскому доктору мира» Леониду Рощалю. Он лечил детей во время революции в Румынии, войн в Ираке, Югославии, Палестине, вел переговоры с террористами, которые захвати-

ли театральный центр на Дубровке, пытался спасти маленьких заложников в бесланской школе. Главным принципом его работы является клятва Гиппократа, которую он когда-то давал. Пациент – это любой человек, жизни и здоровью которого угрожает опасность. И неважно, по какую сторону баррикады находится нуждающийся, – Леонид Рошаль пакует вещи, собирает коллег и выезжает на место, даже если это в противоположной точке земного шара. Этим человеком восхищается весь мир!»

Овчинникова Анастасия 11 «А» школа № 1 г. Мирный.

«Учиться на врача нелегко, но мне бы очень хотелось попробовать свои силы и знания именно при поступлении в Медицинский университет. Хочется надеяться, что скоро мне представится такая возможность. Я выделила для себя «7 принципов настоящего врача», кроме клятвы Гиппократа:

- 1) Подарить больному веру в исцеление.
- 2) Уметь много и продуктивно работать.
- 3) Быть милосердным.
- 4) Врач - это не только профессия, но и образ жизни.
- 5) Заниматься не только лечением болезни, а если это возможно, ее предупреждением.
- 6) Самосовершенствоваться всю жизнь, перенимая опыт ведущих врачей, читая специальную медицинскую литературу.
- 7) Любить людей и свою работу.

Постникова Галина 10 «В» школа №118 с. Карпогоры, Пинежский район.

«Я хочу стать врачом. Это не просто слова. К врачам мы спешим, когда нам больно, им мы доверяем самое ценное, что у нас есть, - наше здоровье, нашу жизнь, жизнь своих детей. И главное-мы всегда верим в то, что врач обязательно поможет. Я думаю, врач должен сопереживать пациенту, хотя это сопереживание не должно переходить в панику. Сопереживая и сочувствуя, нужно сохранять профессиональный и трезвый подход. Иногда пациенту необходима реальная врачебная помощь, а иногда бывает достаточно просто взять за руку и приободрить.»

Сергеев Виталий, 11 «Б» школа №24 г. Архангельск.

«Я считаю, что педиатрия – это одна из самых сложных направлений медицины. Во-первых, при работе с детьми сложнее понять, в чем причи-

на заболевания. Маленький ребёнок не сможет рассказать о том, что его беспокоит. Во-вторых, когда лечишь детей, берёшь на себя огромнейшую ответственность за жизнь ребёнка. Само осознание того, что в твоих руках находится жизнь маленького, незащищённого человечка, заставляет даже самых опытных специалистов волноваться. Но вся эта огромная ответственность, страх и дикое волнение стоят того, что после лечения на тебя посмотрят счастливые детские глаза. Я думаю, что для меня не будет большей награды, чем благодарная улыбка здорового ребёнка.»

*Федотова Анастасия 10 класс Ровдинская средняя школа,
Шенкурский район.*

«Недавно мы на уроке биологии смотрели фильм, в котором было сказано, что Юпитер - это наш спаситель, который защищает нашу Землю от метеоритов. Благодаря своей притягательной силе он «съедает» всё, что к нему приближается. Так же и врач. Если у человека что-то болит, мы сразу идём к врачу, который извлекает из нас любые болезни. Это умели делать уже в древности. Нам известны имена врачей древности, таких, например, как Гиппократ и Асклепид. Они лечили людей, давали им жизнь. А ведь это самое дорогое.»

*Шуваева Дарья 11 класс Койденская средняя школа,
Мезенский район.*

«Думаю, врач должен обладать определёнными качествами и чертами характера, такими как: аккуратность, этичность, толерантность, рассудительность, решительность, смелость, умение в считанные секунды принять правильное решение, желание помочь. Это очень важно в данной профессии, без этих качеств человек просто не сможет стать врачом. По словам моих педагогов, я обладаю именно этими свойствами характера. Это вселяет в меня надежду на то, что из меня получится хороший доктор.

Я благодарна организаторам конкурса за предоставленную возможность разобраться в своих мыслях о причинах того, почему я хочу стать врачом. Независимо от того, выиграю я или нет, я всё равно буду поступать в медицинский университет и стану врачом!»

*Кривина Вера, 10 класс, Долгощельская средняя школа,
(филиал «Соянская средняя школа») Мезенский район.*