

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ
В ЗРАВООХРАНЕНИИ**

Сборник статей
международной научно-практической конференции

20 мая 2022 года

Гродно
ГрГМУ
2022

УДК 614.2:005.745

ББК 51.1я43

И 89

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 9 от 20.04.2022 г.).

Редакционная коллегия:

ректор ГрГМУ, проф. И. Г. Жук;

директор Института социальных наук Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, академик РАМН
А. В. Решетников;

проректор по научной работе ГрГМУ, проф. С. Б. Вольф;

проф. М. Ю. Сурмач (отв. редактор);

доц. Н. В. Присяжная;

проф. И. В. Журавлева;

проф. И. Б. Назарова;

проф. Барбара Нерадко-Иваницка;

доц. Н. Е. Хильмончик;

доц. Галина Пецевич-Щенсна.

Рецензенты: проф. И. А. Наумов;

доц. С. А. Ситкевич.

И 89 **Исторические** основы профессиональной культуры в здравоохранении : сборник статей международной научно-практической конференции [Электронный ресурс] / отв. ред. М. Ю. Сурмач. – Электрон. текст. дан. (объем 4,4 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-705-9.

Сборник содержит статьи, представленные авторами из Республики Беларусь, Российской Федерации, Республики Польша, Донецкой Народной Республики на международную научно-практическую конференцию «Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении» (20 мая, Гродно, Беларусь), на русском и английском языках. В числе авторов представители медицинских и классических университетов, Российской Академии наук и Национальной академии наук Беларуси, Республиканских научно-практических центров Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Национальных медицинских исследовательских центров Министерства здравоохранения Российской Федерации; руководители и специалисты практического здравоохранения. Работы посвящены историческим, этическим вопросам формирования профессиональной культуры в здравоохранении, подготовке медицинских кадров, противостоянию современным глобальным вызовам здоровью населения, как например пандемия COVID-19. Сборник будет полезен с научной и практической точек зрения работникам системы здравоохранения, социологам, преподавателям медицинских университетов и колледжей.

УДК 614.2:005.745

ББК 51.1я43

ISBN 978-985-595-705-9

© ГрГМУ, 2022

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Анников Ю. Г., Кром И. Л., Еругина М. В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, РФ
Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, РФ

Резюме. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – наиболее частая причина смертности и инвалидности.

Не существует прямой корреляции между типом ЧМТ и временем возникновения различной симптоматики. Посткоммоционная симптоматика может впервые появиться даже в отдаленном периоде ЧМТ.

Авторами представлены результаты исследования, доказывающего, что динамика показателей качества жизни больных с последствиями ЧМТ в зависимости от тяжести травмы и эффективности ресоциализации определяет стратегии организации медико-социальной реабилитации.

Реабилитация пациентов с очаговыми поражениями головного мозга в современном представлении – мультидисциплинарная проблема, эффективность которой определяется координированием и решением медико-социальных, психологических и организационных задач.

Ключевые слова: нейрореабилитация, черепно-мозговая травма, медико-социальные последствия, предикторы инвалидности, мультидисциплинарный подход.

MULTIDISCIPLINARY TRENDS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH FOCAL BRAIN LESIONS

Annikov YuG, Krom IL, Yerugina MV

Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation
Centre for Medical and Social Research, Saratov, Russian Federation

Abstract. Traumatic brain injury (TBI) is the most common cause of death and disability.

There is no direct correlation between the type of TBI and the timing of onset of various symptoms. Postconcussion symptoms may first appear even in the late period of TBI.

The authors present the results of a study proving that the dynamics of the quality of life indicators of patients with the consequences of TBI, depending on the severity of the injury and the effectiveness of resocialization, determines the strategies for organizing medical and social rehabilitation.

Rehabilitation of patients with focal brain lesions in the modern view is a multidisciplinary problem, the effectiveness of which is determined by the coordination and solution of medical, social, psychological and organizational tasks.

Keywords: neurorehabilitation, traumatic brain injury, medical and social consequences, disability predictors, multidisciplinary approach.

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – наиболее частая причина смертности и инвалидности среди молодых людей [1]. Во всем мире ежегодный показатель ЧМТ составляет до 500 случаев на 100 000 населения [2]. Ежегодно в России регистрируется около 600 тыс. человек с ЧМТ, из них 95% лица молодого возраста [3]. Примерно 50 тыс. из них погибают. По данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы, ежегодно признаются инвалидами 15-17 тыс. человек, перенесших ЧМТ [4].

Пациенты, перенесшие ЧМТ длительно, а иногда и пожизненно, дезадаптированы социально, имеют выраженные неврологические и психологические нарушения. Эти дисфункции не только нарушают «навыки социальной адаптации», но и снижают трудоспособность и качество жизни больного [5, 6].

У пациентов, перенесших сотрясение головного мозга или ушиб головного мозга легкой ст. тяжести, чаще речь идет о состоянии компенсации, а не о выздоровлении. В.Б. Смычек и Е.Н. Пономарева в своем исследовании выявили, что не существует прямой корреляции между типом ЧМТ и временем возникновения различной симптоматики. Посткоммоционная симптоматика может впервые появиться даже в отдаленном периоде ЧМТ [7].

Однако, в отличие от тяжелой травмы, после лёгкой и среднетяжелой ЧМТ большинство дисфункций имеет обратимый характер, что обуславливает важность как можно более быстрой медицинской, социальной и психологической реабилитации больных [8]. При адекватном оказании медицинской помощи с последующей реабилитацией все больные с легкой ЧМТ, большинство пострадавших с травмой средней тяжести и часть пациентов с тяжелой ЧМТ восстанавливают свою трудоспособность. В случае своевременной реабилитации нетрудоспособными становятся лишь 8-9% больных, перенесших ЧМТ средней тяжести и около 70% больных с тяжелой травмой [9].

Реабилитация больных с последствиями ЧМТ предполагает устранение (минимизацию) снижений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние болезнь и нарушение ресоциализации пациента.

Цель исследования – определение приоритетных направлений реабилитации и выявление факторов, определяющих стратегии организации реабилитационной помощи пациентам с очаговыми поражениями головного мозга (в т. ч. с ЧМТ).

Материал и методы. В исследование включены на основе случайной выборки 188 респондентов трудоспособного возраста (93,6% мужчин). Черепно-мозговую травму легкой степени перенесли 26% респондентов, черепно-мозговую травму средней степени тяжести – 12%, черепно-мозговую травму тяжелой степени – 62% респондентов. У 54% респондентов давность перенесенной черепно-мозговой травмы составила от 1 года до 5 лет. В контрольную группу входили клинически здоровые лица.

Исследование качества жизни респондентов проводили с использованием опросника ВОЗ КЖ-100.

Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни групп респондентов определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. При исследовании качества жизни, проблемы респондентов с последствиями ЧМТ выявлены во всех исследуемых сферах. Однако, наибольшие различия показателей качества жизни в группе респондентов с последствиями ЧМТ и контрольной группе выявлены в «Физической», «Психологической» сферах, сфере «Уровень независимости», «Духовной» сфере.

В исследовании установлена прямая корреляционная зависимость снижения показателей качества жизни пациентов от тяжести перенесённой ЧМТ: в сфере «Уровень независимости (средние показатели качества жизни – 9,33 при легкой степени тяжести перенесённой черепно-мозговой травмы, 9,04 – при средней степени тяжести, 9,44 – при тяжелой черепно-мозговой травме); в «Физической» сфере (средние показатели качества жизни – 10,13 при легкой степени тяжести перенесённой черепно-мозговой травмы, 10,5 – при средней степени тяжести, 10,5 – при тяжелой черепно-мозговой травме); в «Духовной» сфере (средние показатели качества жизни – 10,85 при легкой степени тяжести перенесённой черепно-мозговой травмы, 10,0 – при средней степени тяжести, 10,07 – при тяжелой перенесённой черепно-мозговой травме).

Приоритетным направлением реабилитации больных с последствиями ЧМТ является сохранение автономии и независимости. При легкой степени тяжести перенесенной ЧМТ – сохранение социальной автономии, активных социальных ролей, превенции инвалидизации пациента. При средней степени

тяжести и тяжелой ЧМТ реабилитация предполагает физическую независимость пациента.

Заключение. Реабилитация пациентов с очаговыми поражениями головного мозга в современном представлении – мультидисциплинарная проблема, эффективность которой определяется координированием и решением медико-социальных, психологических и организационных задач.

Динамика показателей качества жизни больных с последствиями ЧМТ в зависимости от тяжести перенесённой черепно-мозговой травмы и эффективности ресоциализации определяет стратегии организации персонализированной помощи пациентам, регламентирует стратегии медико-социальной реабилитации.

Список литературы

1. Rauen K. et al. Quality of life up to 10 years after traumatic brain injury: a cross-sectional analysis //Health and quality of life outcomes. – 2020. – Т. 18. – С. 1-12.
2. Georges A, Booker JG. Traumatic brain injury. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC; 2018.
3. М. Шкловский, Д. И. Малин и др. Психические нарушения, сочетающиеся с патологией речи, при очаговых поражениях головного мозга. Российский психиатрический журнал 2018; (3): 41.
4. Косенкова Т. В., Куприна Н. П. Особенности реабилитационноэкспертного обследования пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы. Медицинский совет 2017; №20: 204-205.
5. Петриков С. С., Гречко А. В., Щелкунова И. Г., Завалий Я. П., Хатькова С. Е., Завалий Л. Б. Новые перспективы двигательной реабилитации пациентов после очагового поражения головного мозга. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н. Н. Бурденко. 2019; 83(6): 90-99.
6. Боголепова А. Н., Васенина Е. Е., Захаров В. В. и др. Реабилитация высших психических функций у больных с очаговым поражением головного мозга: Клин. рекоменд. М.: МЕДпресс–информ, 2020; 7 с.
7. Смычѐк В. Б., Пономарѐва Е. Н. Современная классификация черепно-мозговой травмы. Медицинские новости 2012; (1): 21.
8. Литвинов Т. Р., Менделевич Е. Г., Менделевич В. Д. Клинические, психологические и медико-социальные детерминанты посткоммоционного синдрома. Психическое здоровье 2012; (9): 62.
9. Ильичев В. П., Мартынов И. В., Ильичева М. В. Использование нейромодуляционных технологий в реабилитации пострадавших с тяжелой травмой головного мозга. Материалы Международной научно-практической конференции "Проблемы и перспективы развития науки и образования в XXI веке" 2017; с. 586-591.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МНЕМОНИКИ В ПОДГОТОВКЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ

Аносова Л. С., Агафонов А. М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР

Аннотация. Развитие коммуникаций и информационных технологий в XXI веке, доступность, объем и разнообразие информации, необходимой для профессиональной деятельности, приводит к возникновению трудностей с ее запоминанием. Для надежного усвоения и удержания в памяти большого объема информации, необходимой в дальнейшей фармацевтической деятельности, в образовательном процессе в фармацевтических и медицинских вузах могут быть применены совокупности способов и приемов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем памяти путем создания искусственных ассоциаций метод мнемотехники для изучения фармацевтических дисциплин.

Ключевые слова: мнемоника, педагогика, компетентностный подход, методы, фармация, провизор.

USING THE MNEMONICS METHOD IN THE TRAINING OF PHARMACEUTICAL STAFF

Anosova L. S., Agafonov A. M.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, DPR

Abstract: The development of communications and information technologies in the XXI century, the availability, volume and variety of information necessary for professional activity, leads to difficulties with its memorization. For reliable assimilation and retention in memory of a large amount of information needed in further pharmaceutical activities, in the educational process in pharmaceutical and medical universities, a set of methods and techniques can be applied that facilitate memorization and increase memory capacity by creating artificial associations, the mnemonics method for studying the pharmaceutical disciplines.

Keywords: mnemonics, pedagogy, competence-based approach, methods, pharmacy, pharmacist.

На данный момент высшее фармацевтическое образование претерпевает несколько этапов реформирования, которые направлены на

совершенствование учебного процесса. Цель, которая возникла перед ВУЗами на этом этапе, заключается в формировании конкурентоспособного специалиста, который владеет профессиональными компетенциями, что в свою очередь должно способствовать сокращению сроков и облегчению адаптации выпускника на рабочем месте [1, 2].

Растут и требования рынка труда и для того, чтобы этому рынку соответствовать, специалисту-провизору приходится постоянно повышать уровень своих знаний, умений, приобретать навыки, развивать способности и компетенции.

Методика преподавания в ВУЗе должна быть направлена на подготовку кадров «опережающего типа». Выполнение обозначенных стратегических целей образовательной деятельности Университета заставляет изменить и требования к нашим студентам. Каждый из них должен быть подготовленным к работе в постоянно меняющихся условиях, являющихся сущностной характеристикой XXI века, поэтому мы должны их воспитывать комплексно и системно.

Развитие коммуникаций и информационных технологий в XXI веке, доступность, объем и разнообразие информации, необходимой для профессиональной деятельности, приводит к возникновению трудностей с ее запоминанием.

Изучение профильных фармацевтических дисциплин от студента требует обработки и усвоения большого количества информации: от новых терминов до технологического процесса, классификации лекарственных форм, вспомогательных веществ, оборудования, методов изготовления, основных метаболитов лекарственных веществ, схем их получения, методики выделения, методы анализа и количественного определения. И это совершенно не исчерпывающий список того, что необходимо выучить, понять, а главное – удержать в памяти. Некоторые обучающиеся стараются механически запомнить конспект лекции, материал учебника, материалы практического занятия, вторая половина – найти логику, схему для заучивания.

Для надежного усвоения и удержания в памяти большого объема информации, необходимой в дальнейшей фармацевтической деятельности, в образовательном процессе в фармацевтических и медицинских вузах могут быть применены совокупности способов и приемов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем памяти путем создания искусственных ассоциаций [3]. Может быть использован метод мнемоники (мнемотехники).

Как говорил К. Д. Ушинский, – «Учите ребенка каким-нибудь известным ему пяти словам – он будет долго и напрасно мучиться, но скажите двадцать таких слов с картинками, и он усвоит их на лету» [4]. Таким же методом можно обучать не только детей, но и студентов, но необходимо учитывать, что подход

к обучению будущих специалистов должен быть более продуманным и сложным.

Мнемоника позволяет выделять информацию, структурировать и усвоить ее. Благодаря применению такого метода, можно сформировать у студентов систему мышлеобразования, сократить время на запоминания материала. Все это, в конечном итоге, поможет сосредоточиться при подготовке к письменным работам, экзаменам, выступлениям и презентациям [3].

Ещё два столетия назад ученый Герман Эббингхаус доказал, что, в среднем, спустя сутки после получения новой информации, человек помнит не более 30% от неё, а в течение месяца не больше 10%. При этом современные исследователи сходятся во мнении, что уровень усвоения новой информации при занятиях с применением современных методов преподавания с первого раза может достигать 70-75% [5].

Необходимо помнить, что суть мнемонических приемов заключается в том, что запоминаемый материал определенным образом структурируется.

Учитывая специфику работы фармацевтических специалистов, следует обратить пристальное внимание на визуальный способ восприятия информации, который в значительной степени сокращает время на обработку и запоминание данных. Таким образом, визуализация технологических процессов производства лекарственных средств, методики выделения лекарственных средств и их метаболитов из организма, методика анализа является необходимым шагом для повышения качества знаний будущих специалистов.

Так на примере профориентированной дисциплины «Частная фармацевтическая технология» по теме «Изготовление таблеток, покрытых оболочкой» создана с помощью метода мнемоники технологическая схема производства (рис. 1).

Для лучшего запоминания и усвоения информации были использованы различные мнемонические приемы. Например, **метод locus (мест)**, основанный на зрительных ассоциациях; представляющих собой логическую цепочку информационных блоков, которую следует запомнить, и объединить в единый образ. Этот метод не требует логических ассоциаций, он базируется на ассоциациях, диктуемых последовательностью предметов и мест, **метод пиктограмм** – информация кодируется (зарисовывается схематично) с помощью графика, которые помогают студенту воспроизвести текст, График не просто рисуются на листе, а располагаются в мнемотаблицах, мнемоквадратах, на мнемодорожках и в ассоциативных цепочках, которые обучающиеся легко могут подготовить самостоятельно для более быстрого запоминания текстового фрагмента (рис. 1). Прорабатывался и дизайн схем, который должен был иметь удачное цветовое решение – схема должна иметь

комфортные для восприятия цвета (синий, желтый и бледно-желтый – *метод цвета*), не быть перегруженным информацией.

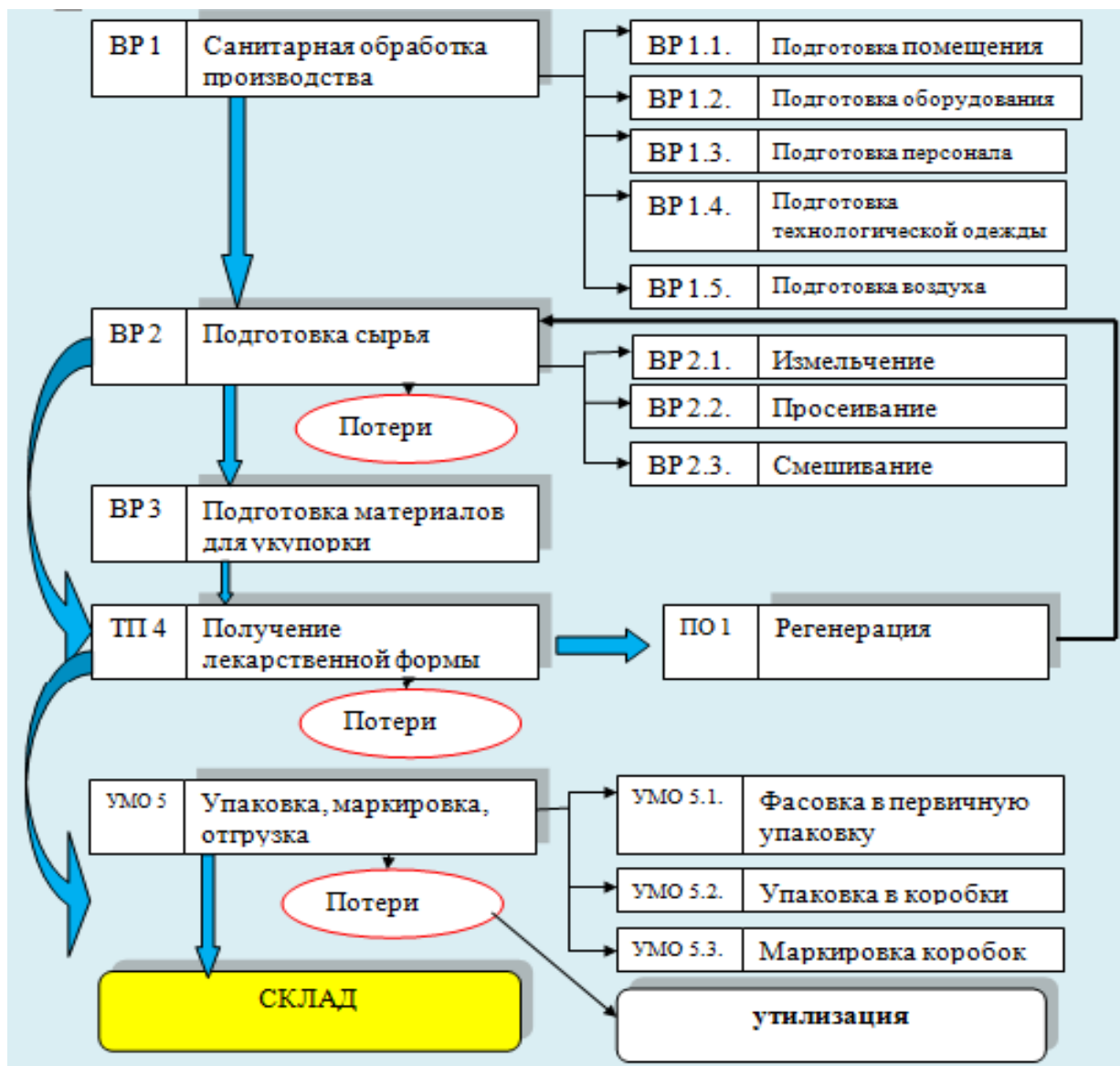


Рисунок 1. – Технологическая схема производства таблеток, покрытых оболочкой

Метод чанкинг [7] – разбивание текстового материала на блоки вместо представления недифференцированного потока информации, поможет студентам запомнить необходимое оборудование на каждом этапе производства (рис. 2).

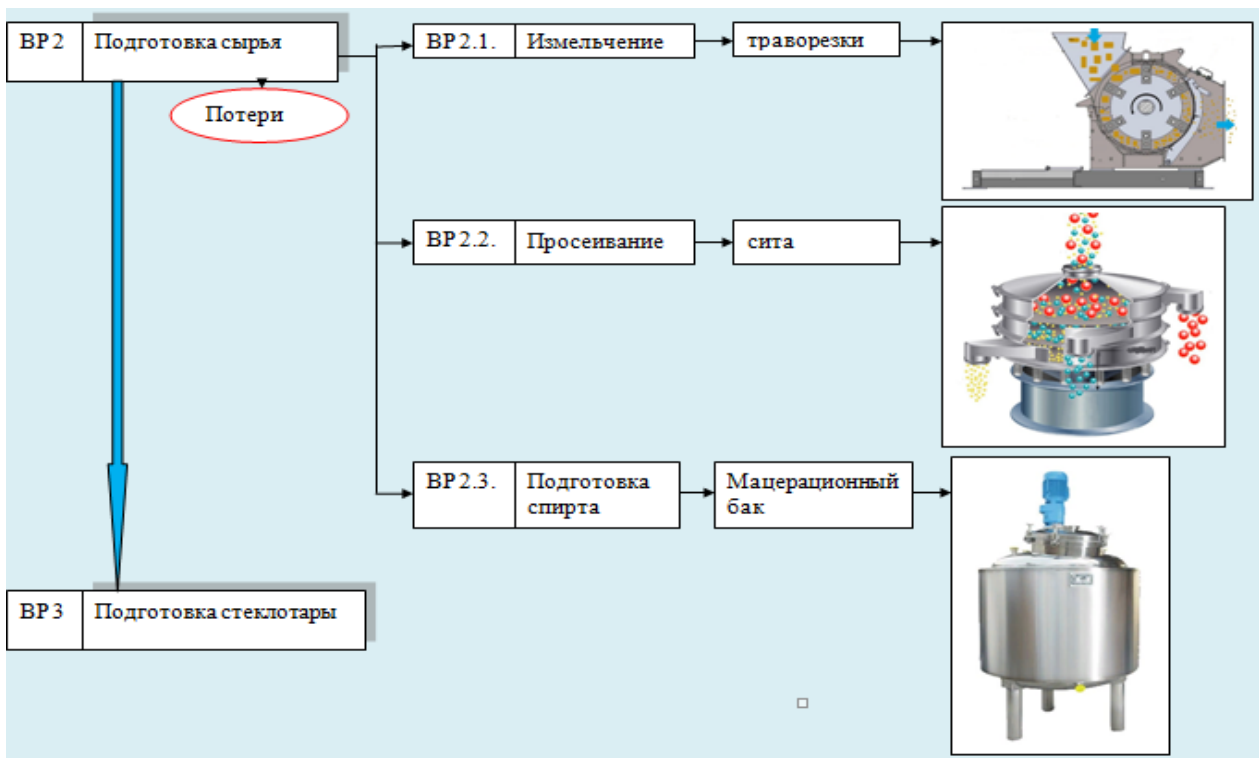


Рисунок 2. – Метод мнемотехники – чанкинг

Применение ассоциативного метода в педагогической практике позволяет сделать вывод, что при объяснении темы занятия с использованием примеров, основанных на ассоциациях, информация запоминается легко и гораздо быстрее, причем сохраняется на долгое время. Все эти приемы на первый взгляд кажутся детской игрой. Однако при хорошей организации материала и удачном ассоциировании мысленные образы, создаваемые в результате таких ассоциаций, могут быть надежным средством запоминания элементов различной информации, имеющих друг с другом мало общего. Таким образом, показана возможность применения мнемотехники в практической фармации.

Список литературы

1. Сенашенко В. С. О реформировании отечественной системы высшего образования: некоторые итоги // Высшее образование России. -2017. -№6.- С. 44-50
2. Аносова Л. С., Агафонов А. М. Компетентный подход при изучении профессионально-ориентированной дисциплины «Частная фармацевтическая технология» //Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском и фармацевтическом образовании» (Вузовская педагогика). – 2021. – стр.639-644.
3. Хайдарова Д. С. О возможности применения методов мнемотехники в образовательном процессе в медицинских вузах. //Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т.11., № 3, С.133-137. DOI: <https://doi.org/10.24411/2220-8453-2020-13011>

4. Калиш Е. Е. Использование принципов педагогической мнемотехники в преподавании иностранного языка // Baikal Research Journal. 2017. Т. 8, № 1. DO I: 10.17150/2411-6262.2017.8(1).19
5. Кириллов Д. Технологии виртуальной реальности для HR-задач [Электронный ресурс]. URL <http://hrelearning.ru/tekhnologii-virtualnoy-realnosti-dlya-hr-zadach/> (дата обращения: 26.12.2021)
6. Тастенов Р.К. Мнемоника в фармации. Разработка визуализированных инструкций к лекарственным препаратам // Сборник материалов IV Межвуз. науч. сессии молодых учёных и студентов (Омск, 2018), в 3-х частях: Ч. 1. Омск: Изд-во ОмГМУ, 2018. С. 343-352
7. Использование метода мнемотехники с учётом требований ФГОС: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.maam.ru/detskijasad/-ispolzovanie-metoda-mnemotehniki-s-uchetom-trebovanii-fgos.html>. – Дата доступа: 06.12.2021.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Астанина С. Ю., Драпкина О. М., Шепель Р. Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема подготовки врачей-терапевтов в условиях формирования новой структуры профессионального образования. Показало, что в современных условиях содержание подготовки врачей-терапевтов требует актуализации в аспекте формирования способности решать профессиональные задачи с использованием знаний, обеспечивающих формирование умений в выполнении трудовых функций врача-терапевта.

Ключевые слова: профессиональные компетенции; индикаторы достижения результата; качество подготовки специалиста

TRAINING OF THERAPISTS IN THE CONDITIONS OF REFORMING RUSSIAN EDUCATION

Astanina S.Yu., Drapkina O.M., Shepel R.N.

Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine" of the Ministry of Health of Russia (FSBI "NMIC TPM" of the Ministry of Health of Russia), Moscow, Russian Federation

Annotation. This article deals with the problem of training therapists in the context of the formation of a new structure of vocational education. It showed that in modern conditions the content of the training of general practitioners requires updating in terms of the formation of the ability to solve professional problems using knowledge that ensures the formation of skills in performing the labor functions of a general practitioner.

Key words: professional competencies; indicators of achievement of results; quality of specialist training

Введение. Современные условия развития практического здравоохранения определяют и новые перспективы развития медицинского образования, проявляющиеся в подготовке врача к оказанию качественной медицинской помощи.

С 1 первого сентября 2021 года вступил в юридическую силу Федеральный закон № 144-ФЗ «О внесении изменений в ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации» [1], регламентирующий изменения основы разработки Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (далее – ФГОС ВО). В соответствии с вышеуказанным законом ФГОС ВО разрабатываются не только по профессиям, специальностям и направлениям подготовки, но и по их укрупненным группам, а также по областям и видам профессиональной деятельности, утвержденным в соответствии с трудовым законодательством.

Новое поколение ФГОС ВО при проектировании образовательных программ ординатуры регламентирует 3 области профессиональной деятельности и, связанные с ними сферы деятельности:

01 Образование и наука (в сферах: профессиональное обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);

02 Здравоохранение (в сфере конкретной медицинской специальности);

07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

Новым является право образовательной организации самостоятельно определять профессиональные компетенции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников [2], определяя выбор профессиональных стандартов (например, программа ординатуры по профилю «Терапия» может быть ориентирована как на область профессиональной деятельности: 02 Здравоохранение (в сфере: заболеваний терапевтического профиля); тип задач профессиональной деятельности: медицинский), так и на область профессиональной деятельности: 01 Образование и наука (в сфере: дополнительного профессионального образования); тип задач профессиональной деятельности: педагогический).

В современных условиях проблема обеспечения качества подготовки врачей-терапевтов становится особенно актуальной. А переход от знаниевой к компетентностной модели подготовки выпускников требует: формирования новых индикаторов и критериев оценки качества подготовки врачей-терапевтов, а также определения особенностей содержания образовательных программ.

Обозначенная проблема определила **цель исследования** – определение содержания программ подготовки врачей-терапевтов, обеспечивающего формирование профессиональных компетенций.

Методы и материалы исследования. В период 2020-2021 гг. экспертами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России (далее – ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России) проводилась работа по определению:

- состава и структуры профессиональных компетенций врача-терапевта, обеспечивающих выполнение трудовых функций;
- оценки качества содержания программ ординатуры и программ профессиональной переподготовки врачей по специальности 31.08.49 Терапия (далее – программ подготовки врачей-терапевтов) на соответствие требованиям квалификационной характеристики врача-терапевта и положениям проекта профессионального стандарта «Врач-терапевт».

Для этой цели экспертами ФГБУ ВО «НМИЦ ТПМ» Минздрава России был разработан «Чек-лист», позволяющий оценить содержание программ подготовки терапевтов. При наличии в программах знаний, обеспечивающих формирование необходимых умений, в чек-листе напротив анализируемого умения указывался показатель – 1 балл, при отсутствии знаний – 0 баллов. Максимальное количество баллов (116) показывало полное соответствие содержания положениям профессионального стандарта.

Процедура оценки качества содержания программ (на основе чек-листа) включала два этапа:

- самообследование содержания программ, осуществляемый сотрудниками терапевтических кафедр медицинских образовательных организаций;
- оценка результатов самообследования содержания программ, осуществляемый экспертами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

В процедуре оценки качества содержания программ подготовки врачей-терапевтов участвовали эксперты ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и научно-педагогический состав терапевтических кафедр 24 медицинских университетов Минздрава России.

Результаты исследований и их обсуждение. В условиях модернизации профессионального образования происходят изменения в осуществлении мониторинга системы образования. Аккредитационный мониторинг проводится в целях:

- а) выявления факторов несоблюдения требований к качеству образования;
- б) прогнозирования тенденции изменения качества образования;
- в) снижения рисков нарушения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, аккредитационных показателей, выявления негативных факторов, влияющих на качество образования;
- г) направления рекомендаций по повышению качества образования.

Анализ работ по проблеме оценки качества образования показывает различное толкование этого понятия [3, с. 82]. С учетом особенностей профессионального образования наиболее полное определение дано академиком А. М. Новиковым [4, с. 456]. Качество образования – интегральная характеристика образовательного процесса и его результатов, выражающая меру их соответствия распространенным в обществе представлениям о том, каким должен быть этот процесс. Требования к образовательному процессу отражаются в социальном заказе общества, в законодательстве, профессиональных и образовательных стандартах.

Качество образования включает в себя: а) качество подготовки обучающихся и б) качество условий реализации образовательных программ. С позиции компетентного подхода Е. Заир-Беком и А. П. Тряпициной [5] исследовано понятие качество подготовки специалистов. Авторы рассматривают качество подготовки в сформированности у обучающегося профессиональной компетентности, выраженной в его способности решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности.

Профессор Ю.Н. Дрешер [3], под качеством подготовки выпускника предлагает рассматривать соответствие уровня подготовки специалиста требованиям профессиональной среды и квалификационной характеристики специалиста. Для оценки качества подготовки специалистов возникает необходимость систематического контроля мониторинга конечных результатов подготовки специалистов, выраженный в сформированности компетенций.

Современное законодательство делегирует образовательной организации функцию самостоятельного определения как профессиональных компетенций выпускников, так и определения индикаторов сформированности этих компетенций, то следует обратить внимание на основополагающие свойства компетенций:

- профессиональную компетентность нужно понимать, как способность решать *типичные профессиональные задачи*, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности, с использованием знаний, умений, профессионального опыта;
- компетенции проявляются только в деятельности;
- компетенции характеризуются принципиальной незавершенностью.

Анализ 143 программ подготовки врачей-терапевтов, проведенный экспертами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, позволил увидеть допускаемую неточность в определении профессиональных компетенций специалистов – смешение понятий «профессиональные компетенции» и «трудовые функции».

Сравнительная характеристика профессиональных компетенций и трудовых функций показывает, что компетенции не тождественны трудовым функциям, так как профессиональные компетенции – это образовательные достижения обучающихся, позволяющие выполнять трудовые функции.

Учитывая, что умения представляют собой владение способами применять усвоенные знания на практике [16], то определение уровня сформированности компетенций возможно только в процессе решения задач с использованием умений применять знания в конкретной проблемной ситуации. Таким образом, показателями (*индикаторами*) сформированности профессиональных компетенций выступают необходимые умения, регламентируемые профессиональным стандартом.

Анализ качества содержания программ подготовки врачей-терапевтов, проведенный научно-педагогическим составом терапевтических кафедр и экспертами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России показал, что из общего числа анализируемых программ за указанный отчетный период, лишь 2% программ полностью соответствовали положениям проекта профессионального стандарта «Врач-терапевт», в двух программах (4% от

общего числа анализируемых программ) соответствие содержания программ положениям профессионального стандарта составило более 80%.

Содержание остальной части анализируемых программ (94%) соответствовало положениям проекта профессионального стандарта лишь только в диапазоне от 70 до 75%, что говорит о необходимости проведения планомерной работы по актуализации содержания программ подготовки врачей-терапевтов в соответствии с социальным заказом и запросами практического здравоохранения.

При этом следует отметить, что в содержании программ подготовки врачей-терапевтов увеличится практическая направленность программ (во всех программах присутствует обучающий симуляционный курс, многогранно используются возможности практической подготовки ординаторов). Усилится преемственность программ подготовки врачей-терапевтов между разными уровнями медицинского образования, содействующая реализации непрерывности профессионального развития врача.

Выводы. В условиях формирования новой структуры профессионального образования особую актуальность приобретает мониторинг и оценка качества подготовки врачей-терапевтов.

Анализ требований нормативных документов, регламентирующих подготовку врачей-терапевтов в высшем образовании (ординатура) позволил констатировать:

- увеличение ответственности образовательной организации в определении профессиональных компетенций выпускников и качества подготовки выпускников;
- усиление интеграции профессиональных стандартов и содержания подготовки обучающихся, обеспечивающего формирование профессиональных компетенций.

Результаты исследования показали, что определение профессиональных компетенций врачей-терапевтов должно осуществляться в соответствии с трудовыми функциями, регламентированными профессиональным стандартом, но содержание и состав профессиональных компетенций не тождественен содержанию и составу трудовых функций.

Индикатором достижения планируемого результата, выраженного в профессиональных компетенциях специалиста, выступают необходимые умения, относящиеся к определенной трудовой функции, и регламентированные профессиональным стандартом.

Необходимые умения, выступая структурной единицей содержания образовательных программ, оценочных материалов, обеспечивают взаимосвязь между трудовыми функциями профессионального стандарта и содержанием подготовки врачей-терапевтов.

Качество подготовки врачей-терапевтов определяется их способностью решать профессиональные задачи на основе сформированных знаний, что определяет зависимость от содержания образовательных программ, так как прежде всего, знания обеспечивают формирование умений, необходимых в выполнении трудовых функций врача.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 26 мая 2021 г. № 144-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» URL: <https://rg.ru/2021/05/31/obrazovanie-dok.html> (Дата обращения: 09.01.2022).
2. Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 30 июня 2021 г. № 562 «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни».
3. Дрешер Ю. Н. Как оценить качество подготовки специалиста / Ю. Н. Дрешер // Образовательные технологии. 2014. – №2. – С.80-91. URL: <https://www.iedtech.ru/files/journal/2014/2/quality-estimation-professionals.pdf> (Дата обращения 09.01.2022).
4. Профессиональная педагогика: Учебник для студентов, обучающихся по педагогическим специальностям и направлениям. Под ред. С. Я. Батышева, А. М. Новикова. Издание 3-е, переработанное. М.: Из-во ЭГВЕС, 2009. – .456 с. URL: http://www.anovikov.ru/books/prof_ped.pdf (Дата обращения 09.01.2022).
5. Заир-Бек Е., Тряпицына А. Подготовка специалистов в области образования к участию и использованию международных программ оценки качества образования / Под редакцией действительного члена РАО, доктора физико-математических наук, профессора Г. А. Бордовского Санкт-Петербург. – Издательство РГПУ им. А. И. Герцена 2006: URL: http://www.anovikov.ru/books/prof_ped.pdf (Дата обращения 09.01.2022).
6. Драпкина О. М., Астанина С. Ю., Шепель Р. Н. Алгоритм разработки дополнительных профессиональных программ с учетом требований профессиональных стандартов «Врач-терапевт», «Врач общей практики (семейная медицина)», «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (методические рекомендации) – учебно-методическое пособие / О. М. Драпкина, С. Ю. Астанина, Р. Н. Шепель – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ», – 2020. – 64 с.

ДОВЕРИЕ К НАУКЕ И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ И НОВЫЕ ВЫЗОВЫ¹

Беспалова А. А., Вялых Н. А.

Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. Понимание того, как доверие к системе здравоохранения связано с изменением доверия к науке и экспертам в контексте пандемии, может иметь высокое значение при противостоянии новым вызовам. Проблемы в системах здравоохранения государств с низким и средним уровнем дохода зачастую приводят к неготовности в осуществлении борьбы с COVID-19. А дефицит доверия может отпугнуть пациентов от обращения за медицинской помощью. Сделан вывод о необходимости укрепления взаимодействия между научным сообществом и здравоохранением, формирование четких, устойчивых и прозрачных каналов передачи информации от научных авторитетов к общественности.

Ключевые слова: институт здравоохранения, социальное доверие, пандемия COVID-19, потребители медицинской помощи.

TRUST TO SCIENCE AND THE HEALTH SYSTEM DURING THE COVID-19 PANDEMIC: CORRELATION AND NEW CHALLENGES

Bespalova A. A., Vyalykh N. A.

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

Summary. Understanding how trust in the healthcare system is linked to changing trust in science and experts in the context of a pandemic can go a long way in meeting new challenges. Problems in the health systems of low- and middle-income countries often lead to unpreparedness in the fight against COVID-19. And a lack of trust can deter patients from seeking medical care. The conclusion is made about the need to strengthen the interaction between the scientific community and healthcare, the formation of clear, stable and transparent channels for the transfer of information from scientific authorities to the public.

Keywords: Healthcare institute, social trust, COVID-19 pandemic, medical care consumers.

¹ Исследование выполнено в рамках реализации гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (МК-1818.2022.2) «Динамика социального доверия российского общества к институту здравоохранения в условиях пандемии COVID-19».

Кризис системы здравоохранения, вызванный распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с декабря 2019 года, возник на фоне усиления влияния идей, ставящих под сомнение науку и обоснованность мнений экспертов. Такие тенденции отмечаются исследователями не только в России, но и во всем мире.² Эмпирические исследования, анализирующие взаимосвязь между общественным здоровьем и общественным доверием, по-прежнему немногочисленны и несколько фрагментарны. Тем не менее, существующая литература указывает на то, что переменные, связанные с доверием к экспертам и государственным учреждениям (например, к федеральным, региональным и местным органам власти), являются важными факторами соблюдения гражданами политических решений и ограничений.

Поэтому понимание того, как доверие к системе здравоохранения связано с изменением доверия к науке и экспертам в контексте пандемии, может иметь высокое значение при противостоянии новым вызовам. Однако мало что известно о том, как доверие развивается во время эпидемии. Как доверие к науке и экспертам влияет на восприятие и знания о болезни во время эпидемии? Как доверие к науке и экспертам в области здравоохранения (по сравнению с доверием к государственным учреждениям) влияет на успех распространения сообщений в области общественного здравоохранения и поддержку гражданами политических решений? На эти вопросы ещё предстоит ответить отечественным и зарубежным социологам и гуманитариям.

Определенное место в научной литературе занимают работы зарубежных исследователей, посвященные различным аспектам социального доверия к системе здравоохранения. Проводятся исследования, в которых осуществляется сравнение систем здравоохранения по странам мира. Подчеркивается существование значительных различий в доверии населения к здравоохранению ещё до пандемии.³

В научной литературе уделяется внимание ресурсной составляющей государств как фактору социального доверия к системе здравоохранения. Обращает на себя исследование А. Антиньяна, Т. Бассетти, Л. Кораццини и Ф. Павези. Ученые отмечают, что существуют проблемы в системах здравоохранения государств с низким и средним уровнем дохода, что зачастую приводит к неготовности в осуществлении борьбы с COVID-19. Проблемы

² Gille, F., Smith, S. & Mays, N. What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Soc Theory Health*. 2020. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>; Battiston, P., Kashyap, R., & Rotondi, V. (2020). Trust in science and experts during the COVID-19 outbreak in Italy; Тухватулина Лиана Анваровна ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И СУРРОГАТНОЕ ЗНАНИЕ: О СОЦИАЛЬНЫХ ОСНОВАНИЯХ НЕДОВЕРИЯ К НАУКЕ // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2020. №55. С. 285-289.

³ Dahai Zhao, Hongyu Zhao, Paul D Clearly. International variations in trust in health care systems // *International Journal of Health Planning and Management* 34(1), August 2018.

в странах с низким и средним доходом усугубляются тем фактом, что граждане этих стран, как правило, не доверяют системе здравоохранения из-за ее низкого качества и реже обращаются за медицинской помощью.⁴ В частности, в странах с низким и средним уровнем дохода, например, в Турции, Южной Африке, Индии, Чили, Мексике, Колумбии, Бразилии, общество страдает от повсеместного дефицита доверия к системе здравоохранения из-за ее низкого качества.⁵ Этот дефицит доверия может отпугнуть пациентов с симптомами COVID-19 от обращения за медицинской помощью. Примечательно, что в таких условиях пациенты, которые обращаются за медицинской помощью, имеют действительно высокий уровень доверия к здравоохранению. Конечно, доверие является не единственным фактором, определяющим модель поведения потребителей медицинской помощи. Большая часть публикаций в российской научной периодике объясняет социальное неравенство в доступе к медицинским услугам институциональными барьерами, которые ограничивают удовлетворение медицинских потребностей в пространстве здравоохранения, и неэффективной государственной политикой в этой сфере.⁶

Что касается общего социального настроения россиян, данные телефонного опроса Фонда «Общественное мнение»⁷ демонстрируют довольно сдержанные ожидания жителей страны: «26% респондентов полагают, что после пандемии российское здравоохранение будет работать лучше, чем до ее начала, 16% – что хуже, 49% изменений не ждут. 14% опрошенных уверены: вырастет доверие врачам, 21% респондентов думают, что оно снизится, 52% – что ничего не изменится»⁸. Можно предположить, что со временем, при продолжающемся распространении COVID-19, в общественном настроении станет преобладать разочарование в эффективности работы ученых, экспертов и системы здравоохранения, которое ослабляет доверие.

Не способствует укреплению доверия и фрагментированная научная информация (из-за зачастую разнородных позиций в отношении коронавируса среди самих экспертов). Так, результаты опроса, проведенного итальянскими исследователями в марте и апреле 2020 г. показывают, что общественное мнение о деятельности ученых в Италии разделилось. Почти каждый второй

⁴ Antinyan A, Bassetti T, Corazzini L and Pavesi F (2021) Trust in the Health System and COVID-19 Treatment. *Front. Psychol.*

⁵ Chetterje, P. (2020). Gaps in India's preparedness for COVID-19 control. *Lancet Infect. Dis.* 20:544. doi: 10.1016/s1473-3099(20)30300-5; Ipsos, M. (2018). *Global Views on Healthcare in 2018.*

⁶ Вялых Н. А. Модели социального поведения в сфере здравоохранения как предмет социологических исследований на Юге России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1. Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2019. № 3. С. 112-120

⁷ N=1500 россиян в возрасте от 18 лет, проведен 17–19 декабря 2021 г.

⁸ Жизнь после пандемии: ожидания и прогнозы. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 13 января 2022 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14676> (дата обращения: 30.01.2022).

итальянец считает, что разнообразие мнений, высказанных экспертами в своих выступлениях, создает путаницу (48%). 8% – положительно оценили компетентность итальянских ученых-экспертов, при этом отрицательно оценили их способность понятно объяснить информацию.⁹ Как никогда актуален запрос на четкие, устойчивые и прозрачные каналы передачи информации от научных авторитетов к общественности. Это крайне важно для поддержки социального доверия к науке и здравоохранению во время кризиса, чтобы предотвратить разочарование в них.

Анализ отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению доверия к институту здравоохранения и науке, позволяет сделать вывод о том, что при измерении степени доверия исследователи подчеркивают сложность её оценки и, как правило, фокусируются на отдельных аспектах (чаще на межличностном доверии), что ограничивает целостное, системное измерение факторов социального восприятия агентов друг другом. Также это затрудняет сравнение и обобщение уже имеющихся эмпирических исследований отечественных и зарубежных ученых. В период пандемии особенно остро стоит вопрос о формировании доверия к системе здравоохранения. В условиях, когда мнение экспертов и авторитетов научного сообщества ставится под сомнение, достичь этой задачи становится сложнее. Необходимо интенсифицировать взаимодействие между научным обществоведческим сообществом и экспертами от здравоохранения, поскольку от функционального консонанса институтов науки, образования и здравоохранения зависит противостояние новым вызовам, которые связаны уже отнюдь не с эпидемиологической угрозой, «испарившейся» на наших глазах буквально за пару месяцев, а геополитической и макроэкономической турбулентностью. Теперь особенно важно понимать, что произойдет с системой медицинского обеспечения по итогам перехода от условий «новой нормальности» к постковидной «аномальности».

Список литературы

1. Вялых Н. А. Модели социального поведения в сфере здравоохранения как предмет социологических исследований на Юге России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1. Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2019. № 3. С. 112-120.
2. Тухватулина Л. А. Онтологическая безопасность и суррогатное знание: о социальных основаниях недоверия к науке // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 285-289.
3. Antinyan A., Bassetti T., Corazzini L., Pavesi F. Trust in the Health System and COVID-19 Treatment. *Front. Psychol.* 2021. No 12.

⁹ Battiston, P., Kashyap, R., & Rotondi, V. (2020). Trust in science and experts during the COVID-19 outbreak in Italy.

4. Battiston P., Kashyap R. Rotondi V., Reliance on scientists and experts during an epidemic: evidence from the COVID-19 outbreak in Italy, SSM – Population Health, 2020, 79 p. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100721>.
5. Chetterje P. Gaps in India's preparedness for COVID-19 control // The Lancet. Infectious diseases. 2020. No 20(5). doi: 10.1016/s1473-3099(20)30300-5.
6. Gille F., Smith S., Mays N. What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. Soc Theory Health. 2021. No 19. P. 1-20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>.
7. Zhao D., Zhao H., Clearly P. D. International variations in trust in health care systems // International Journal of Health Planning and Management. 2018. 34(1). P. 130-139. doi: 10.1002/hpm.2597. Epub 2018 Aug 15. PMID: 30109894.
8. Ipsos. Global Views on Healthcare in 2018. URL: <https://www.ipsos.com/en-be/global-views-healthcare> (дата обращения: 28.02.2022).
9. Жизнь после пандемии: ожидания и прогнозы. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 13 января 2022 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14676> (дата обращения: 28.02.2022).

СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В ПОЛЬШЕ И ИННОВАЦИОННЫЙ МОДУЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЮБЛИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Боброва О. В.

Студенческий научный кружок на кафедре эпидемиологии и методологии клинических исследований, Люблинский медицинский университет, Люблин, Польша

Резюме. В статье представлена система обучения врачей в Польше и один из инновационных подходов, применённый в Люблинском медицинском университете. Представлены условия приема на обучение по медицинскому и стоматологическому направлению, а также экзамены, дающие право на получение профессиональной квалификации.

Ключевые слова: система образования, экзамены, модульное обучение

MEDICAL EDUCATION SYSTEM IN POLAND AND INNOVATIVE MODULAR APPROACH IN MEDICAL UNIVERSITY OF LUBLIN

Bobrova O.

Medical University of Lublin, Lublin, Poland

Abstract. This is an introductory article that presents the system of doctor education in Poland and one of the innovative approaches applied at the Medical University of Lublin. The conditions for admission to study in the medical and dental fields, as well as exams that give the right to obtain professional qualifications, are presented.

Key words: education system, exams, module education

Медицинское образование в Польше. Система медицинского образования в Польше регулируется Законом от 27 июля 2005 года. Закон о высшем образовании с внесенными в него поправками и Закон о профессиях врача и стоматолога.^{1,2} Каждый год министр здравоохранения в постановлении устанавливает лимит на прием новых студентов на стоматологический и лечебный факультет для всех университетов Польши. Набор на медицинские специальности основан на результатах, полученных на экзамене „matura”, который ученики сдают после окончания средней школы. Условия и способ набора в отдельных университетах может, однако, несколько отличаться. В некоторых университетах требуются два предмета – биология и химия с экзамена matura в расширенном режиме (Белосток, Быдгощ, Гданьск, Слёнск, Кельце, Люблин, Лодзь, Познань, Жешув, Щецин, Зелёна-Гура), а в других университетах требуются три предмета – биология и химия из экзамена matura в расширенном уровне плюс физика или математика – расширенный уровень или базовый. Кроме того, проходные баллы, определяющие зачисление в вуз, разные в университетах Польши. Их количество зависит, в первую очередь, от количества кандидатов и количества учебных мест, на которые они претендуют.

Система обучения. С 2013 года медицинское обучение длится шесть лет. На первом и втором году обучения преподаются теоретические предметы, такие как анатомия, биология, биофизика, химия, гистология, биохимия и другие. Изучение каждого раздела по ним заканчивается коллоквиумом, а всей дисциплины – экзаменом или зачётом. С третьего курса начинаются клинические дисциплины. Часть занятий по ним проводится в симуляционном центре (ЦСМ), а часть в стационарах с демонстрацией пациентов. Студенты обучаются в небольших группах по 5-6 человек. Нынешняя резиденция

Люблинского медицинского университета располагает симуляционным центром, соответствующим мировым стандартам медицинского образования. В центре есть симулятор кареты скорой помощи, отделения скорой медицинской помощи, имитация квартиры (ул. Дембова 5), имитация улицы, палата интенсивной терапии, педиатрическая палата интенсивной терапии, операционная, родильные залы, кабинеты со стоматологическими установками, компьютерные залы, помещения для семинаров, комнаты для отработки практических навыков, общественный читальный зал с компьютерами, симулятор аптеки, больничные палаты клиник с симулированными пациентами.

Задачами центра является создание для студентов возможности проводить имитационные спасательные операции с участием фантомов и симулированных пациентов в различных ситуациях, абсолютно соответствующим реальным клиническим условиям. Симуляционный центр – это место для обучения студентов практически всех факультетов нашего университета, а также место для реализации послевузовских образовательных программ. Инфраструктура и аппаратные ресурсы ЦСМ в руках высококвалифицированного персонала позволяют студентам получить опыт, который является подготовкой к контакту с пациентом и являются формой комплексного приобретения технических и нетехнических навыков в безопасной, воспроизводимой и современной образовательной среде, аналогичной клиническим условиям.

В Симуляционном центре проводятся такие дисциплины, как: „Основные клинические навыки” и „Расширенные клинические навыки”, „Хирургическая и рентгенологическая анатомия”, „Гериатрия”, „Медицина скорой помощи и катастроф”, „Межличностное общение (гигиена полости рта)”, „Коммуникация в медицине”, „Основные техники спасения жизни” и многие другие. Организуются различные виды дополнительных мероприятий, таких как неделя практических навыков, мастер-классы хирургического шитья, биопсии костного мозга, в области люмбальной пункции, по интубации, ортопедические мастер-классы, семинары по физикальному обследованию, акции по сдаче крови и многие другие. При центре действует Студенческий медицинский симуляционный клуб, который проводит исследования эффективности методов моделирования в изучении хирургической анатомии и радиологии, а также занимается организацией циклических семинаров с использованием методов моделирования.

На базе центра проводится большое количество различных обучающих программ и курсов, таких как, обучение в области аппаратного лечения дыхательной недостаточности, обучение использования личной шахтерской аптечкой для работников рудника Л.В.Богданка, обучение техников

медицинского моделирования и подготовка инструкторов по медицинскому моделированию, Life Support BLS Training, мастер-классы с Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), PALS – Pediatric Advanced Life Support, Heartsaver – RKO AED (обучение, предназначенное для людей с ограниченной медицинской подготовкой или без), по основам экстренной медицины, по неотложным состояниям при заболеваниях органов дыхания, по скорой медицинской помощи при массовых авариях и стихиях, Emergency Medicine – курс, предназначенный для фельдшеров, работающих в бригадах скорой медицинской помощи, курс «Неотложные состояния в психиатрии» (предназначен для медицинского персонала, работающего с пациентами с психическими расстройствами), по основам создания сайтов и веб-приложений для медицинских работников (цель тренинга – дать людям из медицинского сообщества навык создания простых веб-сайтов и онлайн-приложений, показав основы и возможные направления самостоятельного развития), IT в ЦСМ техник (обучение техников медицинского моделирования).

В Люблине действует Программа имитации пациента. Стандартизированные пациенты – это здоровые люди, обученные реалистично воссоздавать историю и протекание данного клинического случая, демонстрирующие физические и эмоциональные симптомы болезни реального пациента. Это люди в возрасте от 20 до 75 лет, которые разделяют стремление поддерживать образование будущих врачей. Они участвуют в обучении различным навыкам, – от процедур физикального обследования, в том числе с привлечением инструкторов в качестве гибридных пациентов до опроса и обсуждения сложных тем. Использование стандартизированных пациентов способствует тому, чтобы все ученики получили опыт в безопасных условиях, не опасаясь, что они нанесут кому-то вред. Симуляционный центр является местом реализации таких проектов как MEDIQ-моделирование в образовании, HQMED – больница будущего и SAFEAST – безопасность и уход за хирургическим больным в операционном и послеоперационном периоде.

Учебная программа также включает в себя одномесечные стажировки, среди прочих в области сестринского дела, хирургии и педиатрии. Они проходят после каждого курса. После сдачи выпускных экзаменов бывшие студенты проходят стажировку. Это профессиональная подготовка врача (стоматолога), которая включает в себя углубление теоретических знаний и практическое обучение по оказанию медицинских услуг. Врачи и стоматологи проходят стажировку на основании трудового договора – заключают его с лицом, уполномоченным на проведение резидентуры на определенный период времени. Если врач или стоматолог хочет начать последипломную практику, он связывается с районным медицинским советом, который компетентен по месту проживания. В этой организации кандидата внесут

в список членов Палаты и выдают документ, подтверждающий право заниматься профессиональной деятельностью и направление на последипломную стажировку вместе с картой стажёра и анкетой «Оценка последипломной резидентуры врачом (стоматологом)-стажером». Стажировка начинается два раза в год по датам – 1 октября и 1 марта. Место последипломной резидентуры определяется районным врачебным советом. При этом он учитывает:

- Место проживания в зоне деятельности районного медицинского совета,
- Средний балл,
- максимальное количество врачей, которые могут пройти стаж в данном субъекте.

Врач/стоматолог может практиковать свою профессию только в том месте, где он проходит стажировку, под наблюдением врача-специалиста в конкретной области медицины или стоматолога, проработавшего по профессии не менее 5 лет.

- Резидентура длится 13 месяцев
- Стажировка стоматолога длится 12 месяцев

В обоих случаях стажировка может быть продлена. Она продлевается в случаях, предусмотренных регламентом – столько времени, сколько требуется для завершения той части программы стажировки, которая не была реализована. Стажер, не окончивший или не начавший последипломную стажировку, может завершить ее в течение 5 лет со дня получения ограниченного права выполнения профессиональной деятельности. Окончание последипломной резидентуры подтверждается компетентным районным врачебным советом на основании выполненной программы и сданных коллоквиумов и тестов. Последипломную стажировку можно пройти за рубежом. Вопрос о том, является ли стажировка, завершенная за границей, эквивалентной (полностью или частично) национальной стажировке, решается министром здравоохранения на основе заключения группы экспертов, назначенных им. Шансы выбора специализации зависят от результата ЛЭК (врачебного комиссионного экзамена). Лучшие имеют наибольший выбор, поэтому результат данного экзамена практически определяет тип специализации, на который можно подать заявку. Врачи и стоматологи получают звание специалиста в выбранной области медицины после сдачи государственного специализированного экзамена и предварительной специализации, которая длится 4-5 лет в зависимости от специализации.

Модульное обучение в Люблинском медицинском университете.

Мультидисциплинарное модульное образование – это новое направление, для которого медицинские университеты являются настоящим экспериментом. Объем знаний, которые должны получить будущие медики, сгруппированы в модульные блоки, целиком охватывающие медицинские вопросы, и, таким образом, более связанные с практикой. Знания, полученные в ходе занятий, объединяются в соответствующие тематические блоки. В одном модуле одновременно реализуется все содержание в области фундаментальных, доклинических и клинических наук, касающихся данной системы. В одном тематическом блоке обсуждается одна система, например двигательная, кровеносная, нервная – вся физиология, анатомия, гистология, роль для здоровья человека, а также патология, связанные с этой системой. Нужно заметить, что в Люблине эта техника обучения используется только на 1 и 2 годах обучения. Студенты отмечают, что этот подход помогает комплексно и с разных сторон изучить системы органов и создать целостное представление по изучаемым разделам и воедино соединить знания, получаемые на разных дисциплинах. Благодаря такой системе обучения наиболее полно прослеживаются межпредметные связи между различными дисциплинами. Однако такие радикальные изменения в подходе к изучению требуют тщательной проработки учебного плана и скоординированной работы педагогического коллектива. В связи с тем, что система была введена в 2016 году, сложно делать выводы о её эффективности.

Заключение. Решения, используемые в различных университетах и странах, являются направлениями для сравнений и предложений, которые могут повысить эффективность обучения студентов-медиков.

Список литературы

1. Ustawa o zawodów lekarz i lekarz dentystry (Dz. U. 1997 No 28, пункт 152) от 5 декабря 1996 года.
2. Закон от 28 апреля 2011 года о внесении изменений в Закон о профессиях врача и стоматолога [Dz.U. 2011 года No 113, пункт 658].
3. Forum Akademickie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [Электронный ресурс]. – адрес доступа: <https://prenumeruj.forumakademickie.pl/fa/2017/06/kierunek-innowacje/>. – Дата доступа: 10.04.2022.
4. Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej [Электронный ресурс]. – адрес доступа: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/staz-podyplomowy-lekarzy-i-lekarzy-dentystow>. – Дата доступа: 10.04.2022.
5. Systemy kształcenia lekarzy w wybranych krajach europejskich [Электронный ресурс]. – адрес доступа: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-e661e261-92fe-4b75-b93d-cd77163c4582>. – Дата доступа: 10.04.2022.
6. Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [Электронный ресурс]. – адрес доступа: <http://www.zdism.umlub.edu.pl/index.php/pl/dydaktyka>. – Дата доступа: 10.04.2022.

7. Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [Электронный ресурс]. – адрес доступа: https://www.umlub.pl/gfx/umlub/userfiles/_public/menu_uczelnia/materialy_do_pobrania/csm/folder_csm_2021-03-23.pdf. – Дата доступа: 10.04.2022.

ПЕРЕОСМЫСЛИВАЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ: ПОВЫШАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВАЖНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Богдан И. В., Чистякова Д. П.

Научно-исследовательский институт здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Аннотация. Данные опросов москвичей (N=5641) позволили получить сведения об актуальных практиках заботы о психическом здоровье. Они показали низкий уровень обращения за профессиональной психологической помощью и высокую представленность альтернативных практик. Кратко освещены существующие барьеры для обращения за профессиональной психологической помощью. По итогам исследования даны рекомендации.

Ключевые слова: психическое здоровье, пандемия, опрос, обращение за психологической помощью.

RETHINKING HEALTHY LIFESTYLE DURING THE PANDEMIC: RAISING AWARENESS OF MENTAL HEALTH IMPORTANCE

Bogdan I. V., Chistyakova D. P.

Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department,
Moscow, Russia

Annotation. Survey data of Muscovites (N=5641) made it possible to obtain information about the current practices of caring for mental health. They showed a low level of seeking professional psychological help and a high representation of alternative practices. The existing barriers to seeking professional psychological help are briefly highlighted. Based on the results of the study, recommendations are given.

Key words: mental health, pandemic, survey, seeking psychological help.

Введение. Пандемия COVID-19 создала беспрецедентное давление на психологическое состояние населения. Ситуация неизвестности, страха перед болезнью, негативными социально-экономическими последствиями, все это не могло не оказать влияния на самочувствие граждан России. Особое место, если мы говорим о развитии пандемического процесса, занимала ситуация столице, в Москве. Именно этот город принял на себя первый удар пандемии, долгое время число заболевших и умерших в городе превышало общестрановые показатели, что коррелировало с соответствующими жесткими мерами реагирования. С другой стороны, нельзя не отметить, что имеющиеся у города ресурсы также предоставили во многом большие возможности для противостояния последствиям пандемии.

Исследовательским вопросом выступило то, какой была ситуация с психическим самочувствием в городе во время пандемии, какие меры население предпринимало для того, чтобы справиться с ситуацией, и по итогу, какие уроки мы можем извлечь для нашего понимания заботы о психическом здоровье?

Материалы и методы. В исследовании использованы данные серии количественных исследований, проведенных с участием авторов в Москве в 2020-2021 гг. методом онлайн опроса и телефонных интервью. Общая выборка использованных данных составила 5641 респондент.

Результаты и обсуждение. Исследование выявило признаки, по которым можно было судить о выраженной потребности населения в психологической помощи в пандемию, в частности, выраженные страхи населения, связанные с риском заболеть самим и их близким, с социальными последствиями пандемии.

Несмотря на это, всего 5% населения сообщили о том, что обращались за профессиональной психологической помощью в пандемию. Это значительно меньше тех, кто говорил, что пил алкоголь, курил (стали чаще прибегать к данным практикам по сравнению допандемическим временем до 8% опрошенных) или же обращался к молитве (22%), или медитации (11%) для того, чтобы улучшить свое психологическое состояние.

Отчасти, такое положение можно связать с недостаточной информированностью о данных услугах: так, 32% респондентов не знали, куда обратиться за профессиональной психологической помощью. Другой аспект – собственно негативные установки в отношении психологической помощи, среди которых представления о том, что такого рода помощь является бесполезной, что она только для людей с серьезными психологическими заболеваниями (по-видимому, здесь идет смешение помощи психологической и психиатрической) или только для крайних случаев. По сути, можно говорить о наличии стигматизации психологической помощи. Именно с такими

установками можно связать, что 69% из тех, кто за психологической помощью не обращался, говорили, что не делали это по причинам того, что в такой помощи они «не нуждались».

Стоит также отметить, что в данном вопросе выраженным является возрастной и гендерный аспект. Так, женщины и молодые люди (до 35 лет) значимо более благосклонно относятся к психологической помощи. Последнее можно связать с тем, что психологическое консультирование – достаточно «молодая» отрасль в нашей стране и практика обращения за ней не наработана (всего 13% населения Москвы вообще имеют опыт обращения за такого рода помощью). Более позитивное отношение молодежи к психологической помощи позволяет прогнозировать большее внедрение таких практик в повседневную жизнь по мере смены поколений.

В целом, исследования нашего института показывают, что несмотря на то, что население признает важность заботы о своем здоровье, в самом концепте «здорового образа жизни» в общественном сознании преобладают ассоциации с физической активностью, в меньшей степени – с питанием и режимом дня, но значимо реже здоровый образ жизни ассоциируется со здоровьем психическим и способами его поддержания, что требует соответствующей информационной работы.

Заключение. Исследование показывает ряд целей для информационной политики в данной области. Такая политика должна быть направлена на дестигматизацию отношения к профессиональной психологической помощи и повышение уровня компетентности в вопросах психического здоровья. В целом, можно говорить о том, что в нашей стране необходимо развитие соответствующей культуры заботы о психическом здоровье, включающей, помимо прочего, практику обращения за профессиональной психологической помощью при необходимости. Создание такой культуры практически с нуля в кризис видится более затруднительным, поэтому важным становится её профилактическое планомерное развитие.

С другой стороны, в ситуации, когда профессиональная психологическая помощь в нашей стране во многом является не стандартизированной и, по сути, человек с любой подготовкой может позиционировать себя как психолога, острым становится вопрос повышения качества психологической помощи через её стандартизацию и независимых гарантов её качества (которыми в т. ч. могут выступать профессиональные ассоциации). Этот шаг видится даже более важным чем информационная политика, потому что негативный опыт обращения за некачественной психологической помощью может в значительной мере дискредитировать остальные усилия в данном направлении.

ОСОБЕННОСТИ GESTАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПЕРВОРОДЯЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МАТЕРЕЙ

Бондаренко О. Н.¹, Заборовский Г. И.²

ГУЗ «Городская поликлиника №5 г. Гродно» Женская консультация, Гродно, Беларусь¹
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь²

Резюме. Беременность и роды у несовершеннолетних женщин являются серьезной медико-социальной проблемой по причине незрелости и несовершенства адаптационных механизмов организма. Результаты исследования свидетельствуют об особенностях течения беременности и родов у подростков, характеризующихся более высокими показателями осложнений относительно взрослых женщин, высокой частотой использования кесарева сечения, преждевременными родами, аномалиями родовой деятельности, рождением маловесных плодов.

Ключевые слова: беременность несовершеннолетних, осложнения родов, аномалии родовой деятельности, кесарево сечение.

FEATURES OF THE GESTATIONAL PROCESS IN PRIMIPAROUS MINORS MOTHERS

Bondarenko O. N.¹, Zaborovsky G. I.²

GUZ "City polyclinic No. 5 of Grodno" Women's consultation, Grodno, Belarus¹
Educational institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus 2

Resume. Pregnancy and childbirth in underage women are a serious medical and social problem due to immaturity and imperfection of the adaptive mechanisms of the body. The results of the study indicate the peculiarities of the course of pregnancy and childbirth in adolescents, characterized by higher rates of complications relative to adult women, a high frequency of cesarean section, premature birth, abnormalities of birth activity, the birth of small fetuses.

Key words: pregnancy of minors, complications of childbirth, anomalies of labor activity, cesarean section.

Актуальность. Беременность у несовершеннолетних является дополнительной нагрузкой на функционально незрелый организм при несовершенстве его адаптационных механизмов психосоматического развития [1, 2]. Гестация и роды в подростковом возрасте представляют собой серьезную

медико-социальную проблему, связанную с особенностями сексуального поведения этого контингента, трудностями адаптации в обществе и возможных осложнений как со стороны матери, так и плода [3, 4, 5, 6].

Цель – изучить особенности гестационного процесса у первородящих несовершеннолетних матерей.

Методы исследования. Исследование базируется на материале о 173 первородящих пациентках в возрасте до 18 лет и 41 первородящей в возрасте старше 18 лет. Изучение проводилось на базе родильных домов в процессе беременности и родоразрешения женщин. Согласно разработанной программе исследования производилась выкопировка интересующих сведений из первичной медицинской документации и текущий опрос респондентов. Сформирована электронная база данных. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10,0 (USA).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст юных беременных к началу родов составил $14,9 \pm 0,1$ года, а взрослых первородящих – $26,5 \pm 0,5$ года ($p < 0,01$). Первородящие подростки в основном состояли из школьниц (58,4%), учащихся лицеев и колледжей (41,6%). Антропометрические показатели у несовершеннолетних беременных ниже, соответственно вес на 1,8 кг, рост – на 2,9 см, а прибавка в весе за время гестации – на 2,3 кг ($p < 0,05$). Дефицит массы тела (ИМТ менее $18,5 \text{ кг/м}^2$) имел место у 7,9% девушек в возрасте до 18 лет.

Особенностью гражданского статуса юных беременных является то, что каждая вторая к началу родов (50,8%) не состояла в браке, а среди взрослых первородящих этот показатель многократно ниже (7,3%), $p < 0,05$. Обращает на себя внимание наличие вредных привычек у юных беременных: употребление алкоголя – у 5,8%, курение – у 17,5% пациенток (взрослые беременные – 4,8%). Сопоставление показателей групповой принадлежности крови свидетельствовали о низкой частоте беременных подростков с 1(0) группой крови (в 1,6 раза, $p > 0,05$) и существенным превалированием их с III (BO) группой (в 2,0 раза, $p < 0,05$) по сравнению со взрослыми беременными. Первая менструация у юных беременных наступала раньше ($12,4 \pm 0,1$ лет), $p < 0,05$, а месячные длились дольше ($5,3 \pm 0,1$ дня), $p < 0,05$, были чрезмерно болезненными (16,9%), обильными (6,9%), характеризовались ациклическостью (1,6%), аменореей (0,5%).

Гестационный срок к началу родоразрешения равнялся $270,1 \pm 1,1$ дня, что на 4,4 дня меньше относительно взрослых женщин ($p < 0,05$). Настоящая беременность у большинства юных первородящих была первой (95,6%), а у 4,4% – второй (предыдущие закончились абортами и выкидышем). Установлено, что у первородящих несовершеннолетних в 1,2 раза чаще

родоразрешение осуществлялось посредством кесарева сечения относительно женщин старших возрастов и преимущественно в экстренном порядке (68,4%). Первый период родов был более продолжительным (427 ± 11 минут), чем у взрослых женщин ($p < 0,05$), вследствие чего нередко приходилось использовать родовозбуждение (28,6%).

Общая заболеваемость у несовершеннолетних беременных была ниже (145,0 случаев на 100 женщин) по сравнению со взрослыми (214,6 случаев на 100 женщин), $p < 0,05$, в том числе гинекологическая патология соответственно 28,6 и 41,5 случая на 100 женщин, $p > 0,05$.

Особенностью течения беременности у женщин-подростков является большое число осложнений, которые превышают аналогичный показатель у взрослых пациенток в 2,3 раза ($p < 0,05$). Среди них наиболее часто встречались ранний и поздний токсикоз (27,4%), анемия (25,6%), угроза прерывания беременности (13,9%), преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременное излитие околоплодных вод (10,3%), несоответствие размеров таза и плода (9,5%), инфекции мочеполовых путей (6,3%) и другие. У каждой восьмой юной родильницы (12,7%) роды были преждевременными.

Осложнения родов и родоразрешение также чаще (в 1,7 раза) наблюдались у юных родильниц ($p < 0,05$), структура которых в основном представлена разрывами промежности, шейки матки и влагалища (48,2%), преждевременными родами (28,2%), а также первичной и вторичной слабостью родовых сил (23,6%).

Средний вес (3152 ± 62 г) и рост плода ($50,9 \pm 0,6$ см) у родильниц-подростков статистически достоверно ниже ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями у взрослых женщин, а частота рождения маловесных плодов (7,4%) выше, $p > 0,05$.

Выводы. Таким образом, контингент юных первородящих в основном состоял из школьниц (58,4%), учащихся лицеев и колледжей (41,6%), характеризующийся более низкими антропометрическими показателями, нередко с дефицитом массы тела ($p < 0,05$), часто не состоявшие в браке (50,8%), с наличием вредных привычек (курение – 17,5%, употребление алкоголя – 5,8%). Первая менструация у первородящих подростков наступала раньше, чем у совершеннолетних женщин, длилась дольше, часто сопровождалась аменореей, ациклическостью, чрезмерной болезненностью ($p < 0,05$). Срок гестации у юных родильниц меньше ($p < 0,05$), что, возможно, связано с имевшими место преждевременными родами (12,7%). Характерной особенностью течения беременности у юных женщин являлось значительное число осложнений, сопровождавших ее (в 2,3 раза превышающих аналогичный показатель у взрослых женщин, $p < 0,05$ и 1,7 раза – число осложнений родов

и родоразрешения, $p < 0,05$). Средний рост и вес плода у женщин-подростков существенно ниже ($p < 0,05$) относительно совершеннолетних женщин.

Список литературы

1. Михайлин, Е. С. Особенности течения беременности и родов у подростков в зависимости от возраста / Е. С. Михайлин, Л. А. Иванова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – № 2. – С. 68-74.
2. Самчук, П. М. Течения беременности и родов у первородящих подростков в современных условиях / П. М. Самчук, Ю. Ю. Розалиева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. – № 9 (87). – С. 85-89.
3. Ларюшева, Т. М. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального репродуктивного возраста / Т. М. Ларюшева, Н. Г. Истомина, А. Н. Баранов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – № 1. – С. 34-42.
4. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте / С. И. Баринов [и др.] // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2016. – Т.1. (№ 2) . – С. 18-24.
5. Васильева, Л. Н. Характеристика беременности и ее исходов у юных первородящих / Л. Н. Васильева, Н. В. Кузьмич, Д.В. Колыско // Молодой ученый. – 2017. – № 44. – С. 45-48.
6. McClure Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The global network's maternal newborn health registry study / F. Althabe [et al.] // Reprod. Health. – 2015. – № 12 (8). – P. 1-9.

INSTITUTIONALIZATION OF VACCINATION PRACTICES IN WESTERN EUROPE (XVIII-XIX CENTURIES): HISTORICAL AND SOCIOLOGICAL STUDY¹⁰

Saniya I. Boyarkina

The Sociological Institute of the RAS – Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia

Abstract. History of the vaccination practices in the context of smallpox epidemics in Europe 18th-19th century was analyzed. It made possible to identify three main stages of institutionalization. The most controversial was the period when ways to control epidemic processes were legislatively formalized. Policies pursued by the governments of European countries differed significantly: in countries where the institution of vaccination was based not only on politically produced and controlled norms, but also on motivational grounds for people's

¹⁰ The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00314 «Social order in conditions of epidemic: socio-philosophical analysis»

behavior in epidemic situation, the health indicators of the population turned out to be higher.

Key words: European history, variolation, vaccination, social institution, power elites, politics, beliefs, motivation.

The emergence of the first vaccination practices began in the Enlightenment, when the variola virus spread in European countries. Smallpox massively affected adult population, led to severe disabling complications (blindness, lesions of the bone and joint apparatus, etc.) and death of 25-40% of patients [1]. From 1649 to 1688 the proportion of deaths from smallpox was about 8% of total mortality, and to the end of the 17th century, smallpox became one of the most common causes of death [2, p.147-168].

The fight against the disease began in the 18th century against the background of almost universal morbidity in the population of European countries. It led to the first attempts at preventive vaccination and their further legitimation in the first half of the 19th century. Some researchers believe that vaccination practices and the accompanying development of medicine became the first step towards the subsequent medicalization and the formation of a biomedical model of health [3, p. 7].

The process of institutional formation of vaccination practices from the moment of their inception to the moment of the first laws on mandatory vaccination adoption proceeded in conditions of total social transforming. Changing political foundations for functioning of European societies, their social structure, emergence of civil initiatives and protest movements, formation of a new system of interactions between a citizen and the state took place.

This process was not painless for societies. It was accompanied by an ideological confrontation between supporters and opponents of new health care policy, which had a significant impact on development of structural and functional foundations of vaccination institutes.

Application of variolation led to changes in attitude to health and ways to maintain it, which contradicted the existing religious ideas about physicality and the role of illness in human life. The propaganda of poverty and humility carried out by the clergy, prevalence of ideas about diseases as a “divine order” and “punishment for sins” suggested a rejection of attempts to fight death. In 1722, inoculation was condemned by the Catholic Church and a lively discussion broke out between its representatives, authoritative inoculator doctors and philosophers of the Enlightenment. As a result, the conviction that “disease is God’s punishment” was replaced by the conviction that “variolation is God's gift”. The discussion of religious and ethical considerations remained important for radicals of the Enlightenment.

Their activity and willingness to defend their beliefs made it possible to attract clergy into the ranks of the supporters of vaccination [4, p. 516-536].

Experience of introducing variolation practices in England influenced royal courts of other countries. As a result the procedure received royal patronage. Following England, this practice of smallpox prevention spread to France, Spain, Sweden, Prussia, and Italy [5, p.17-40].

Numerous reports about dangers of variolations contributed searching for alternative methods to defend against smallpox. That way was vaccination. Despite the first reaction of professional community to this innovative solution, vaccination became widespread in most European countries. It happened thanks to patronage of power elite representatives, who cared not only about their own physical safety. They also were concerned about safety of subject territories population that was a source of financial restocking. Thus, European governments one after another began to introduce mandatory vaccination laws.

The states of Germany were the first. In 1807 Bavaria introduced compulsory smallpox vaccination followed by Baden and Hessen-Kassel (1815), Nassau and Württemberg (1818), Hannover (1821) [6. p.292]. The law provided a punishment for those who avoided vaccination – penalty that was imposed on parents for death of children from smallpox.

To expand vaccination coverage the authorities of European countries also used non-coercive methods of persuasion. In France, Italy and several lands of Germany certified doctors, rural surgeons, teachers, clergy, and local officials conducted campaigns to promote vaccination. In Bavaria local authorities paid a small reward for each vaccinated child to all parents, regardless of their level of well-being [3, p.617-635].

A new phase of scaling up coverage of preventive vaccines began with the introduction of first vaccination law in England. However, another epidemic outbreak occurred in 1852 and another initiative of the Committee of Vaccination of the Epidemiological Society was proposed in 1853. According to it Parliament passed a law on compulsory vaccination of children in the first three months of life. Those parents who did not comply with the law had to be punished with penalty and / or imprisonment. A further increasing number of vaccinated was achieved through a new law passed in 1867 that provided mandatory vaccination of children under the age of 14 and variolation restriction. In accordance to this law in 1871 it was decided to appoint territorially assigned officials to identify variolators for further punishing them [7].

The Franco-Prussian War became the trigger for the last smallpox pandemic that hit European states – France, Germany, Italy, England, Spain, Holland, Austria. As a result at least half a million people died within five years after the end of hostilities. Data on mortality in 1870-75 indicate that in countries where a system of

state vaccination policy was formed, which included mass vaccination and quarantine measures, number of people dying from smallpox was several times lower [8, p.396-412].

By the end of 19th century social institution for regulating epidemic well-being had developed in most European countries that had accumulated experience in fighting epidemics. It included politically legitimized norms for protecting public health; government agencies and professional organizations responsible for formulating formal rules and procedures used for smallpox control; formal and informal organizations that participated in comprehensive discussion of these norms and rules and formation of public opinion.

So, the fight against smallpox epidemics, begun in Europe in 18th century pursued in the first place political interests of governments. In addition to damages to population, epidemics threatened succession of supreme power, preservation of military power and territorial autonomy, economic growth of states; led to social destabilization, and violations of public order. Therefore, the establishment of vaccination as a politically produced norm could be just a “codification” [9, p.37] of elites’ beliefs about the need to combat epidemic risks.

These risks were perceived particularly acute in the context of total transformation of societal foundations. The scientific, technological and industrial revolutions were accompanied by a geopolitical regrouping of forces: England became one of the leading industrial powers [10, p.593–595] that made it a leader which other countries were guided by. This can be traced in the dynamics of historical events associated with spreading variolation and vaccination in Europe.

Social changes that took place had been matched by development of previously non-existent institutions designed to regulate vital social spheres. The birth of vaccination institute was provoked by epidemic situation and the need to overcome threats to Europeans’ health. In this sense, its development was closely interconnected with more general social processes aimed at organizing system of public health protection and further development of welfare state.

During 19th century, formal structure and rules for institutional functioning were formed. Legislative norms and relevant organizations appeared. The state system of epidemiological monitoring, statistical registration of morbidity and mortality was improved; the practices of clinical studies of safety and effectiveness of vaccines arose.

Significant transformations in value system of Europeans also took place. The emergence of civil society and awareness of life and individual freedom values changed an individual role in maintaining their own health. People were qualified for right to medical choice, that made methods of regulating behavior being changed.

The subsequent softening of legislative norms and sanctions, growth of opportunities for informational impact added with economic and moral and ethical methods of motivation made it possible to expand number of tools for management public health. As history confirms societies successfully used all spectrum of these tools could accumulate benefits for demographic growth and further social progress.

Список литературы

1. Ладный И. Д., Лобан К. М.; Кесарева В. П., Маренникова С. С. Оспа натуральная. Большая медицинская энциклопедия. Под редакцией Петровского Б. В., 3-е издание. Том 17. [Электронный ресурс] URL: https://бмэ.орг/index.php/ОСПА_НАТУРАЛЬНАЯ (дата обращения 29.04.2021)
2. Carmichael A.G., Silverstein A.M. Smallpox in Europe before the Seventeenth Century: Virulent Killer or Benign Disease?//Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 1987. Vol.42. P.147–168
3. Huerkamp C. The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public//Journal of Contemporary History. Vol. 20. No. 4. Medicine, History and Society. 1985. p. 617–635
4. Eriksen A. Cure or Protection? The meaning of smallpox inoculation, ca 1750–1775//Medical History. 2013. Vol. 57(4). P. 516–536.
5. Михель Д. В. Оспа в контексте истории//Логос. 2007. №6 (63). С.17–40
6. Hüntelmann A. C. Smallpox vaccination in the German Empire. Vaccination between biopolitics and moral economy//Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2020. T. 72. No. 1. P. 292.
7. Weber T. P. Alfred Russel Wallace and the antivaccination movement in Victorian England//Emerging infectious diseases. 2010. T. 16. №. 4. P. 664–669
8. Williams N. The implementation of compulsory health legislation: infant smallpox vaccination in England and Wales, 1840-1890//Journal of Historical Geography. 1994. T. 20. No 4. P. 396–412
9. Мокир Д. Культура, институты и экономический рост//Materials of the Conference «Understanding Institutions and Development Economics» (November 4–6, 2010). 2010. С. 34–83.
10. Робертс Дж. М., Уэстад О.А. Мировая история. М: Центрполиграф. 2019. 1247 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Воронко Е. В., Спасюк Т. И., Филипович В. И.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье рассматриваются вопросы подготовки студентов медицинского вуза в рамках практических занятий по учебной дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине». Представленная модель организации занятий позволяет студентам развить коммуникативные навыки, приобрести умения планирования и проведения коммуникативного взаимодействия, анализа содержания информационной составляющей сайтов организаций здравоохранения и блогов врачей.

Ключевые слова: студент, профессиональная коммуникация, скрипт коммуникации, анализ сайта, анализ блога

MODERN ASPECTS OF MEDICAL STAFF TRAINING IN THE SYSTEM OF HIGHER EDUCATION

Voronko E. V., Spasyuk T. I., Filipovich V. I.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Abstract. The article deals with the issues of training medical university students in the framework of practical training in the academic discipline "Professional communication in medicine". The presented model of the organization of classes allows students to develop communication skills, acquire the skills of planning and conducting communicative interaction, analyzing the content of the information component of the websites of healthcare organizations and doctors' blogs.

Key words: student, professional communication, communication script, website analysis, blog analysis

Одной из ключевых задач подготовки кадров для системы здравоохранения Республики Беларусь является формирование социально-личностных и профессиональных компетенций, позволяющих применять знания о методах и принципах организации коммуникации в здравоохранении; анализировать информацию для разработки управленческих решений

по повышению качества и эффективности деятельности организаций здравоохранения; прогнозировать и разрабатывать коммуникативные кампании, направленные на решение проблем современного здравоохранения в области сохранения здоровья населения.

Знания, навыки и умения врача, формирующиеся в образовательном процессе учреждений высшего медицинского образования, определяют успешность выполнения заданной профессиональной деятельности. В условиях образовательного процесса, выработка коммуникативных навыков и умений может проходить на практических занятиях по дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине», преподаваемой на 6 курсе лечебного и педиатрического факультетов.

Знания представлены обобщённым опытом, отражающим закономерности объективного мира, имеют неразрывные связи с жизненной практикой и готовностью к выполнению профессиональной деятельности [2]. В результате изучения учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» студент должен знать теоретические и методологические аспекты коммуникативного процесса в системе здравоохранения, виды межличностных коммуникаций и факторы, определяющие их эффективность в здравоохранении.

Навыки, в частности, коммуникативные и профессионально-значимые, проявляются в общении и в выполнении профессионально-необходимых действий [2]. В результате изучения учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» студент должен владеть основными методами планирования, оценки эффективности и реализации моделей коммуникации в здравоохранении и методами планирования коммуникативных кампаний, в том числе с использованием интернет-сайтов организаций здравоохранения.

Умения, как подготовленность к сознательному, быстрому, точному выполнению профессиональной деятельности, формируется на основе знаний и навыков, приспособляя их к новым условиям [2]. В результате изучения учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» студент должен уметь применять в практической и научной деятельности современные технологии и модели коммуникации, оценивать влияние факторов риска на поведение пациента при осуществлении коммуникативной деятельности, планировать и проводить коммуникативное взаимодействие.

Необходимо отметить, что навыки и умения формируются только в практической деятельности, элементы которой актуализируются на практических занятиях. Реализация учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» позволяет выполнить психологические условия успешного формирования профессионально-значимых навыков и умений. Есть четко поставленная цель учебной

дисциплины: формирование у студентов академических, социально-личностных и профессиональных компетенций в области коммуникативного процесса в здравоохранении, навыков использования алгоритмов профессиональной коммуникации. В присутствии преподавателя студенты разбирают правила и последовательность выполнения коммуникативных врачебных действий, преподаватель своевременно обнаруживает ошибки или отклонения при выполнении действий с внесением необходимых коррекций и оценивает успехи в достижении конкретной цели деятельности.

Для создания доверительной атмосферы, установления искренних и устойчивых отношений медицинского работника с пациентом, можно воспользоваться скриптами как типичной последовательностью действий в определенной коммуникативной ситуации [1]. В соответствии с учебной программой разработаны скрипты коммуникации в ситуации делового общения студента с коллегами, общения студента с коллегами в конфликтной ситуации, общения студента с вышестоящим руководителем в ситуации делового общения, общения студента с пациентом, общения студента с родственниками пациента, общения студента с пациентом в конфликтной ситуации. Разработанные скрипты включают два раздела. Первый раздел – это описание условий общения, включающих особенности подготовки ко встрече в пациентом, начала осмотра пациента, обращения к пациенту, выслушивания жалоб, сбора анамнестических данных и назначения лечения. Второй раздел представлен алгоритмами общения, описывающими конкретные фразы при приветствии пациента, при опросе, назначении лечения и обосновании предложенных рекомендаций, прощании с пациентом. На одном из практических занятий происходит выработка умений конструктивного взаимодействия с пациентами в виде отработки алгоритма действий в определённой коммуникативной ситуации.

Выработка навыков и умений планирования коммуникативных кампаний с использованием интернет-сайтов организаций здравоохранения происходит также на практических занятиях учебной дисциплины. Занятие представлено несколькими этапами.

На первом этапе студенты знакомятся с образцами информации, размещённой на различных сайтах государственных и частных учреждений здравоохранения (например, <http://pkc.grsmu.by/novosti/akczii-i-skidki!25.html>). Задача студентов – проанализировать эту информацию с точки зрения врача и пациента: как организован коммуникативный процесс, какие можно выделить элементы и этапы процесса коммуникации, как закодирована информация, правильно ли выбран канал коммуникации, есть ли коммуникативные барьеры при восприятии информации. Для решения поставленной задачи студентам необходимо актуализировать знания по этой теме.

На втором этапе студенты делятся на группы. Задача каждой группы – проанализировать сайт государственного или частного учреждения здравоохранения (например, <http://gocb.by/ru>, <https://grodno.lode.by/>) по критериям: позиционирование, продукт, сервис, меню сайта, точки контакта с клиентом, инструменты.

Позиционирование включает разнообразные аспекты того, как презентует себя учреждение здравоохранения (история учреждения, опыт работы, сотрудничество, территория обслуживания, отзывы, благодарности, награды).

Продукт учреждения здравоохранения описывает его преимущества (материалы, используемые в работе, их качество и цена, бонусы, гарантии, акции)

Особенности предлагаемого сервиса (быстрота, дополнительные услуги, стоянка, доставка, график).

Меню сайта – способ быстрой навигации по материалам сайта (основные и дополнительные вкладки).

Точки контакта с клиентом предполагают ознакомление с разнообразием возможностей связи с учреждением здравоохранения (оставить заявку, позвонить, обратный звонок, чат, соцсети).

Инструменты, которые увеличивают вовлеченность клиента в процесс взаимодействия с сайтом (калькулятор цены, 3D экскурсия по клинике).

Анализ сайта по заданным характеристикам позволяет студентам выделить преимущества и недостатки такого источника информации, выделить особенности организации коммуникативного процесса с точки зрения модели коммуникации Г.Лассуэлла, выделить организационные факторы повышения эффективности коммуникации.

На третьем этапе практического занятия студенты также работают в группах. Задача группы – проанализировать блог врача (например, https://www.instagram.com/doctor_kurstak/) по критериям позиционирование, сервис, меню.

Позиционирование представляет собой наличие информации о враче как представителе системы здравоохранения (образование, опыт работы, варианты сотрудничества, контакты, графики, демонстрируемые преимущества, предлагаемые врачом-блогером).

Сервис – вся информация, которая поможет пациенту решить его проблему (быстрый сервис, дополнительные услуги, медицинский контент).

Меню блога описывает способы быстрой навигации по основным темам, которые помогают подписчику искать информацию в блоге (интересные статьи, новости).

Анализ блога по заданным характеристикам позволяет студентам выделить преимущества и недостатки такого источника информации, выделить принципы эффективной коммуникации, которыми врач руководствуется

в блоге, определить модель коммуникации здоровья (по М. Саксу), представленную в блоге, выделить базовые коммуникативные навыки, которыми пользуется врач в своём блоге.

Представленная модель организации практических занятий по учебной дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине» позволяет освоить реалистичные сценарии с использованием алгоритмов взаимодействия в разных коммуникативных ситуациях, приобрести необходимые коммуникативные навыки и умения для работы с пациентами, актуализировать полученные знания, сформировать умения анализа современных источников медицинской информации, правильно популяризировать медицинские знания и актуализировать медицинскую информацию.

Список литературы

1. Куницына, В. Н. Межличностное общение : учебник / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб. [и др.] : Питер : Питер бук, 2001. – 544 с.
2. Марищук, Л. В. Психология / Л.В. Марищук, С.Г. Ивашко, Т.В. Кузнецова ; под науч. ред. Л. В. Марищук. – Минск : Витпостер, 2016. – 778 с.

О СОЦИАЛЬНОМ САМОЧУВСТВИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19¹¹

Вялых Н. А.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. В статье рассматриваются особенности исследования феномена социального самочувствия в современной социологии. Анализируются актуальные научно-исследовательские практики, связанные с определением критериев социального самочувствия в поле профессиональной деятельности медицинского сообщества. Для адекватного понимания сущности и реального состояния социального самочувствия медицинских работников необходима система внешнего контроля. Рациональной формой внешнего контроля является социологическая диагностика эффектов пандемии, как для общественного здоровья, так и для социального, психического и душевного здоровья отдельных профессиональных групп.

¹¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.

Ключевые слова: социальное самочувствие, медицинское сообщество, институт здравоохранения, пандемия COVID-19.

ABOUT THE SOCIAL WELL-BEING OF MEDICAL WORKERS IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC¹²

Vyalykh N. A.

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

Summary. The study examines the phenomenon of social well-being in modern sociology. It analyzes the current research practices related to the definition of criteria for social well-being in the field of the professional activity of the medical community. For the correct understanding of the essence and real state of the social well-being of medical workers, a system of external control is required. A rational form of external control is the sociological diagnosis of the effects of a pandemic, both for public health and for the social and mental health of certain professional groups.

Key words: social well-being, medical community, healthcare institute, COVID-19 pandemic.

Ровно два года назад (11 марта 2020 г.) Всемирной организацией здравоохранения была объявлена пандемия COVID-19, из-за которой научное сообщество в спешном порядке интеллектуально эксгумировало подзабытые со времен крупнейших экономических кризисов двадцатого и двадцать первого столетий термины вроде «новой нормальности» и «сломанной повседневности». На момент написания данной статьи противокоронавирусная кампания в мире и в России сворачивается так же стремительно, как и запускалась. К тому же глобальные геополитические и геоэкономические движения значительно ускорили прощание с ковидными ритуалами, красными зонами и, что самое драматичное, – с интересом к жизненному миру, потребностям и социальному здоровью медицинских работников и пациентов. Новая коронавирусная инфекция рано или поздно перестанет считаться новой (что уже происходит), но когда в следующий раз вспомнят о несовершенствах системы оказания медицинской помощи, доверии ее потребителей, социальном самочувствии медицинских работников, возможном решении закостенелых проблем общественного здоровья на таком высоком уровне осознанности как в 2020-2021 гг.?

¹² The reported study was funded by RFBR according to the research project № 20-04-60466.

Сегодня в социологическом исследовании нуждается не столько сама пандемия COVID-19 и ее последствия для общества, сколько сценарии и перспективы функционирования общественного здравоохранения в посткоронавирусный период, вне обстановки повышенной эпидемиологической угрозы, потому что вынужденная концентрация ресурсов системы только на одной опции больше всего деморализовала российское общество, подорвав желание с этой системой взаимодействовать без крайней необходимости. Что касается общего социального настроения россиян, то оно лишено каких-то ложных иллюзий и надежд. Данные телефонного опроса Фонда «Общественное мнение» (N=1500 чел. в возрасте от 18 лет, проведен 17–19 декабря 2021 г.) демонстрируют довольно сдержанные оценки жителей страны: «26 % респондентов полагают, что после пандемии российское здравоохранение будет работать лучше, чем до ее начала, 16 % – что хуже, 49 % изменений не ждут. 14 % опрошенных уверены: вырастет доверие врачам, 21 % респондентов думают, что оно снизится, 52 % – что ничего не изменится» [2]. Подобным образом люди ментально подстраховывают себя от разочарований в будущем и формируют мотивацию к самостоятельному обеспечению своей безопасности.

Однако в статье речь пойдет о второй по объему группе интересов в сфере здравоохранения – о врачах и среднем медицинском персонале.

Социальное самочувствие является объектом исследования социальной философии, экономики, права, психологии, и других наук, каждая из которых посредством специальной методологии и методического инструментария изучает свой срез отношений в здравоохранении. Социология в отличие от других научных систем предлагает более широкий набор методов познания, позволяющих исследовать механизмы формирования социального самочувствия профессионального медицинского сообщества на микро- и на макроуровне. Социологическая методология делает возможным зафиксировать эффекты социальных взаимодействий различных агентов для института здравоохранения в целом, равно как и определить последствия «возвратного» системного давления на агентов.

Следовательно, в интересах социологического понимания сущностных характеристик социального самочувствия работников медицины в контексте трансформации здравоохранения как социального института на фоне пандемии коронавирусной инфекции необходимо сближение объективистской и субъективистской методологических проекций.

В современном социологическом дискурсе социальное самочувствие рассматривается как восприятие представителями профессионального медицинского сообщества своей настоящей жизнедеятельности, в контексте прошлого, настоящего и ожидаемого будущего. В структуру критериев оценки

социального самочувствия целесообразно отнести: отношение медицинских работников к своему социальному положению и уровню удовлетворения своих профессиональных и экзистенциальных потребностей, интересов; отношение медицинских работников к своему положению в профессиональной структуре; ожидания и представления, обладающие как функциональными, так и деструктивными эффектами, которые детерминируют выбор определенной модели социальной адаптации [8]. Интегральным параметром социального самочувствия медиков является социальный капитал, который определяется наличием устойчивых профессиональных связей между людьми, предохраняющих от выгорания, одиночества и кризиса профессиональной идентичности [5, с. 105].

Методологически значимым является присутствие в инструментарии социологической диагностики деятельностного аспекта, т. к. социальное самочувствие зависит от динамических стереотипов поведения человека и его повседневного жизненного мира. Функциональной интерпретации происходящих на фоне пандемии процессов в системе здравоохранения недостаточно, поэтому надо учитывать социокультурный, региональный и локальный контексты социальных коммуникаций. Для понимания драматургии социального самочувствия профессионального медицинского сообщества нужно задействовать комплекс методов мягкой социологической диагностики, ибо медицинские работники в силу образования и профессионального опыта обладают повышенной способностью к саморефлексии, эмпатии и социальной критике окружающей реальности.

Собственно, данной методологической стратегии придерживается научный коллектив Института социологии и регионоведения Южного федерального университета (О. А. Нор-Аревян, О. Ю. Посухова, О. С. Мосиенко, А. И. Черевкова, Ю. С. Панфилова, Н. А. Вялых), работая почти два года над грантом РФФИ № 20-04-60466 «Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации». С октября 2020 г. по февраль 2021 г. нами было проведено 40 глубинных интервью с врачами и средним медперсоналом больниц и клиник Ростовской области. Половина опрошенных была на тот момент непосредственно задействована в красной зоне – специально оборудованных госпиталях, отделениях для ведения пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией, либо – специальных бригадах скорой медпомощи.

Гайд глубинного интервью состоял из пяти тематических модулей: 1) биографический портрет информанта, включая мотивы выбора медицинской профессии; 2) социально-экономическое положение, удовлетворенность условиями труда, зарплатой, самооценка жизненного уровня и жилищно-бытовых условий (проблем); 3) перспективы профессионального развития

и карьерные стратегии, ожидания, образование и самообразование до и в период пандемии; 4) влияние пандемии на повседневный образ жизни, круг общения, страхи, опасения, тревоги, досуговые практики, специфика работы в красной зоне, отношения в коллективе и с руководством; 5) медицинское обслуживание и социальная защита медицинских работников, самооценка здоровья, уверенность в завтрашнем дне, трудовые споры и профессиональные риски, отношение к вакцинации.

Исследование показало, что медики обеспокоены не столько низким уровнем оплаты труда и неудовлетворительными условиями деятельности (судя по ряду интервью сложилось впечатление, что с этим медицинские работники уже как бы смирились), сколько неоднозначным отношением регионального социума, пациентов и чиновников от здравоохранения. Как минимум каждый третий респондент говорил о большом эмоциональном давлении, неуважении и необоснованной социальной критике со стороны общества и подрыве престижа медицинской профессии в целом. Добавим к этому тотальную нехватку сотрудников (особенно среднего медперсонала и санитаров), ужесточение проверок и надзорных мероприятий, увеличение нагрузки и длительности трудового дня без дополнительной оплаты в пандемию.

Впрочем, несмотря на имеющиеся проблемы, связанные отнюдь не с COVID-19, а лишь обострившиеся с ее экспансией, врачи, фельдшеры, медсестры/медбратья, в особенности занятые в красной зоне, продемонстрировали не только свою функциональность и адаптивность к изменениям, но и умеренно позитивный настрой без выраженных признаков тревоги, беспокойства, неустроенности и подавленности [1, с. 135]. Противоковидное движение стало отчасти фактором консолидации профессионального медицинского сообщества [4], для многих медицинских работников – способом профессионального становления и развития [6, 7], каналом восходящей социальной мобильности, возможностью улучшить финансовое положение [3]. Однако идейный раскол между различными агентами института здравоохранения, и что самое значимое – расслоение внутри этих групп по различным критериям, в последние два года только увеличивается.

Пандемия нового коронавируса не повлекла за собой разрушения системы здравоохранения, скорее она сорвала пломбы с закоряченных ее травм. Нельзя умолчать и о том, что многие медицинские работники, занятые в красной зоне на момент проведения социологического исследования, отчасти не готовы морально к окончанию особого трудового режима, т. к. опасаются потерять дополнительные выплаты. Пандемия COVID-19 изменила структуру социального отношения населения страны

к услугам здравоохранения и отношения медицинских работников к результатам своей профессиональной деятельности. Но она существенным образом не повлияла на нисходящий вектор социального доверия как потребителей, так и работников здравоохранения к системе медицинского обеспечения вне ситуации повышенной эпидемиологической угрозы. В связи с этим актуальность социологических исследований общественного здоровья и здравоохранении будет только нарастать в посткоронавирусный период.

Список литературы

1. Вялых Н. А. Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества Ростовской области в период пандемии COVID-19 (на материалах глубинных интервью) // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2021. № 64. С. 127–140.
2. Жизнь после пандемии: ожидания и прогнозы. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 13 января 2022 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14676> (дата обращения: 15.03.2022).
3. Мосиенко О. С. Удовлетворенность медицинского сообщества мерами государственной поддержки в сложной эпидемиологической ситуации (на материалах глубинных интервью медиков Ростовской области) // Гуманитарий Юга России. 2021. № 3 (49). С. 64–76.
4. Нор-Аревян О. А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) // Гуманитарий Юга России. 2021. № 3 (49). С. 77–89.
5. Нор-Аревян О. А. Социальный капитал профессии в оценках российских врачей (на материалах социологического исследования в городских мегаполисах) // Власть. 2018. № 1. С. 98–107.
6. Посухова О. Ю. Институциональные условия профессионального развития медицинских работников (по материалам социологического исследования в период борьбы с COVID-19) // Теория и практика общественного развития. 2021. № 6. С. 41–50.
7. Черевкова А. И. Профессиональное становление медиков в условиях пандемии коронавируса (по материалам глубинных интервью) // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2021. Т. 14. № 3. С. 95–101.
8. Vyalykh N. A., Nor-Arevyan O. A., Posukhova O. Y., Mosienko O. S., Cherevkova A. I. Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation // Turismo: Estudos & Práticas (UERN). 2021. № 1. URL: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RTEP/index> (дата обращения: 15.09.2021).

«СИНДРОМ УПУЩЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ» КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СОВРЕМЕННОМ ЦИФРОВОМ ОБЩЕСТВЕ

Галич Л. П.

БГПУ имени М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. В данной статье рассматривается такое социальное явление, «синдром упущенных возможностей» (FOMO) в связи с тотальным распространением информационно-коммуникативных технологий. Представлена связь FOMO с самоэффективностью как личностным ресурсом и жизненной удовлетворенности. Описаны социально-психологические истоки FOMO, а также история возникновения данного термина.

Ключевые слова: Синдром упущенных возможностей, самоэффективность, удовлетворенность жизнь, информационно-коммуникативные технологии, цифровое общество, социальные сети.

"FEAR OF MISSING OUT" AS INDICATOR OF SOCIAL AND MENTAL WELL-BEING IN THE MODERN DIGITAL SOCIETY

Galich L. P.

BSPU named after M. Tank, Minsk, Republic of Belarus

Summary. This article discusses the social phenomenon of "missed opportunity syndrome" FOMO in connection with the total spread of information and communication technologies. The connection of FOMO with self-efficacy as a personal resource and life satisfaction is presented. The socio-psychological origins of FOMO are described, as well as the history of the emergence of this term.

Key words: Fear of missing out, self-efficacy, life satisfaction, information and communication technologies, digital society, social networks.

Социальные сети и новые технологии стали значимой частью нашей жизни. Благодаря сетям люди получают новости о том, что делают другие и, более того, человек может сообщить другим о том, что происходит в данный момент в его собственной жизни. Постоянная доступность социальных сетей дает возможность для общения, обмена опытом со знакомыми и друзьями. Человек также имеет возможность выставлять публикации

в социальных сетях и отслеживать полученные комментарии и сообщения. С другой стороны сегодня существуют нездоровые способы виртуальной коммуникации, являющиеся питательной средой для возникновения такого явления как синдром упущенных возможностей, порождающий страх упустить что-либо в Интернет-пространстве. Синдром FOMO (английская аббревиатура *fear of missing out*) (страх упустить что-то) или тревога упущения — это новый тип социальной тревожности, характеризующийся постоянным беспокойством пропустить важную новость или какое-либо другое событие, предоставляющее возможность социального взаимодействия. Патрик Макгиннис описал в своей книге человека нового типа, порожденного новыми технологиями: «Свидетельства появления нового вида человека в изобилии можно встретить на улицах Нью-Йорка, в лондонском метро, в офисных зданиях Пекина и в кофейнях Сан-Паулу. Когда-то *Homo sapiens* вытеснил *Homo erectus*, а теперь современное человечество уступает место новому виду: *FOMO sapiens*» [1, с. 5].

Явление FOMO называют постмодернистской версией классической формулы, которая изначально являлась частью американской культуры, а затем распространилась по всему миру. «Еще в 1913 году на страницах газеты *The New York Globe* дебютировал комикс «Не отставай от Джонсов» (*Keeping Up with the Joneses*). Он выходил в свет не одно десятилетие и высмеивал злоключения карьериста Алоизиуса и его семьи, изо всех сил старавшихся угнаться за свершениями своих соседей Джонсов» [2]. В цифровую эпоху данное опасение подпитывается современными информационно-коммуникативными технологиями, такими как мобильные телефоны, кстати, порождающие номофобию, и разнообразные социальные сети, такие, как Facebook, Twitter, Instagram и TikTok, позволяющие пользователям постоянно сравнивать свой профиль с профилем других пользователей.

Многие исследователи склоняются к точке зрения, что с ростом использования Интернета у определенной части интернет-пользователей развивается психологическая зависимость от пребывания в сети, что может привести к беспокойству по поводу нахождения в автономном режиме, выражающемуся в виде «страха упустить что-то». Он особенно присутствует у подростков. На первый взгляд FOMO может показаться несущественной проблемой, но это вполне реальная ситуация. Сегодня FOMO пронизывает все слои общества, что указывает на то обстоятельство, что она уже не узкоспециальная проблема, а широко распространенная болезнь, которая может поразить любого. В 2013 году в знак признания этого факта данный термин включили в Оксфордский словарь английского языка, а затем, еще три года спустя его поместили в полный словарь Мерриам-Уэбстера. Таким образом, FOMO приобрел широкую популярность, став международным

понятием. Forbs пишет о том, что согласно заголовкам разных газет всего мира, становится понятным, что FOMO не только американское явление. «В последние несколько лет испанская газета El País ведет колонку, рассказывающую о росте численности «поколения FOMO» – «Generación 'fomo'», а газета The Times of India задавалась вопросом: «Делает ли FOMO параноиком?» («Is FOMO Making You Paranoid?»). Французская Le Figaro вопрошает: «FOMO – новая болезнь века?» («Le fomo, nouvelle maladie du siècle?»), а турецкая газета Daily Sabah предупреждает: «Hastalığın adı 'FOMO'! Siz de yakalanmış olabilirsiniz...», то есть «Болезнь зовут FOMO! Вы можете заразиться...» [2]. Сегодня благодаря современным информационным технологиям у людей есть доступ к тому, чтобы слышать все, что делают другие каждый день, и это может привести к возникновению неуверенности и зависти, от чувства того, одни не делают столько замечательных вещей, сколько другие. Существует точка зрения, согласно которой FOMO коренится в наших древних инстинктах выживания. Когда мы чувствуем, что другие люди наслаждаются жизнью больше, чем мы, в мозг посылаются сигналы, которые заставляют нас чувствовать себя в опасности или под угрозой. В тяжелых случаях мы можем даже чувствовать, что теряем контроль над своей жизнью. Эти иррациональные мысли приводят к иррациональному поведению, включая импульсивные поступки.

Аббревиатура «FOMO» была впервые использована консультантом по маркетингу Дэном Херманом в отчете, опубликованном в ноябре 2002 года, под названием «Думай кратко: краткосрочные бренды революционизируют брендинг», где он обсуждал это явление. Также об этом феномене узнали в 1996 году во время фокус-группы от одного клиента, который также часто использовал термин «страх пропустить». Рассуждая о социальных истоках «синдрома упущенных возможностей», часто связывается паническое использование социальных сетей со снижением общего субъективного настроения, чувства благополучия и удовлетворенности жизнью. Например, пассивное потребление контента социальных сетей – в отличие от активного общения – было связано с уменьшением социальных связей и контактов, с недостаточным социальным капиталом и усилением одиночества. Одним из объяснений может быть то, что знакомство с крайне идеализированными представлениями о сверстниках в социальных сетях вызывает чувство зависти и искаженное убеждение, что другие живут более счастливой и/или более успешной жизнью. Следовательно, эти завистливые чувства могут со временем привести к ощущению собственной неполноценности и депрессии.

Также возможно, что ощущение «потери времени» из-за малозначительной деятельности в социальных сетях негативно влияет на настроение. Кроме того, увеличение количества времени, которое молодые

люди проводят в Интернете, особенно в социальных сетях, побудило некоторых призвать к признанию «интернет-зависимости» в качестве отдельного психиатрического состояния, тесно связанного с депрессией.

С научной точки зрения, важной основой, используемой для объяснения того, почему люди испытывают FOMO, является комплексная социально-психологическая теория самоопределения или самооффективности и жизненной удовлетворенности. Социальная самооффективность определяется как уверенность человека в возможностях участия в социальных интеракциях, проблемах жизни, уверенность в возможности инициирования межличностных отношений в сфере социального взаимодействия. Социальная самооффективность проявляется не только в процессе достижения успешных социальных отношений, но и является свойством психического здоровья. Социальная самооффективность связывается с такими чертами личности, как экстраверсия, общительность, открытость новому опыту, добросовестность.

Первая теория – зависимости FOMO от самооффективности – предполагает, что эффективная саморегуляция и психологическое здоровье зависит от трех составляющих:

1) Самокомпетентности, которая представляет потребность людей чувствовать, что они могут действовать эффективно и использовать свои возможности.

2) Самоавтономии, которая представляет потребность людей чувствовать, что они контролируют свою жизнь с точки зрения определения своего поведения и целей.

3) Чувства связанности, которое представляет потребность людей чувствовать, что они связаны с другими, заботятся о других и о них заботятся, а также чувствуя свою принадлежность к тому или иному сообществу.

В рамках этой концепции FOMO можно рассматривать как саморегулирующуюся проблему, возникающую в результате ситуационного или хронического «дефицита» трех этих составляющих самооффективности. Исследования показывают, что существует прямая отрицательная связь синдрома упущенной возможности с данным социально-психологическим качеством самооффективности. Речь идет о том, что низкий уровень социальной компетентности, автономии и связанности, которые были идентифицированы как факторы уязвимости, приводит к повышению FOMO. Зарубежные исследования показывают, что, например, среди студентов колледжей было обнаружено, что FOMO связано с трудностями в адаптации к колледжу. Это говорит о том, что студенты, страдающие от дефицита своих потребностей, особенно когда речь идет о потребности в общении с другими, и страдающие сопутствующими проблемами, такими как одиночество,

депрессия и тревожность, испытывают желание оставаться постоянно на связи с другими людьми, а также знать, что делают другие [1].

Вторая теория – связи FOMO и жизненной удовлетворенности – также указывает на прямую отрицательную связь данных явлений. Удовлетворенность жизнью – это оценка воспринимаемого качества жизни, является когнитивным компонентом чувственного восприятия, демонстрирующего также и удовлетворенности различными сферами жизни. Привычное чувство удовлетворенности людей имеет важное значение, которое они придают жизни в целом, счастью в своей повседневной жизни, гармонии для достижения своих целей, ощущению физического здоровья, позитивной индивидуальной оценке, безопасности, интересам и социальным отношениям. Жизненная удовлетворенность человека позволяет ему чувствовать себя самодостаточным, ощущать и развивать социальные отношения, ставить цели и достигать их. Более того человека, удовлетворенность жизнью – это оценка состояния своей семьи, друзей и других социальных отношений (рисунок 1).

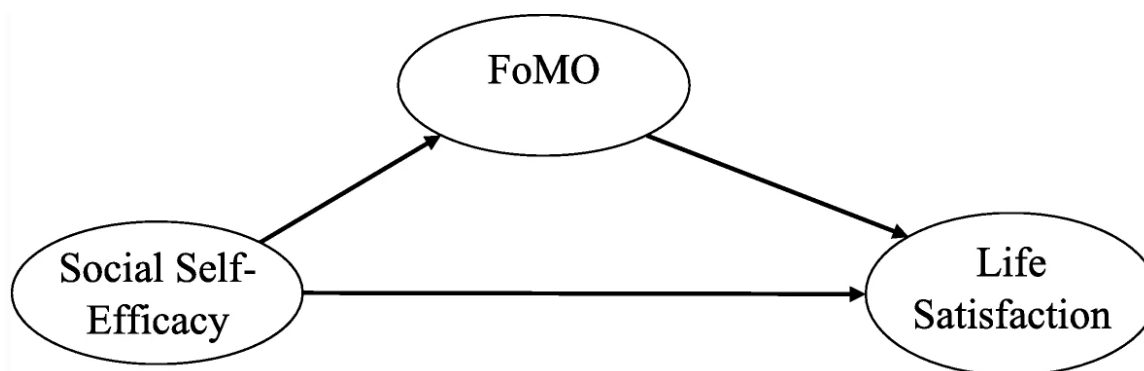


Рисунок 1. – Зависимость FOMO от жизненной удовлетворенности и самоэффективности

Существуют, однако, и другие факторы, которые могут сделать людей предрасположенными к FOMO.

1) «Феномен взаимозависимой самоинтерпретации». Он означает склонность оценивать себя на основе характера своих отношений с другими. Такое социальное свойство личности в большей степени приводит к синдрому упущенных возможностей. В отличие от независимой самоинтерпретации, означающей концептуализацию и формирование самости как полностью автономной и независимой от других. 2) Кроме того, социальное FOMO чаще встречается у людей, которые склонны обращать внимание на душевное состояние других, особенно когда речь идет о позитивном социальном взаимодействии. 3) Чрезмерная потребность в признании. FOMO также связан с необходимостью принадлежать к сообществу и получать одобрение от других, а также с потребностью чувствовать себя популярным.

Список литературы

1. Макгиннис, П. Фомо сапиенс. Как избавиться от страха упущенных возможностей и начать принимать решения / П. Макгиннис – 2021. – С. 256.
2. Бич цифрового общества: как нас всех поразил страх упущенных возможностей и что с этим делать. Режим доступа: <https://www.forbes.ru> Дата доступа: 01.02. 2022 г.

УСТОЙЧИВОСТЬ И КРЕАТИВНОСТЬ БЕЛОРУССКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ВЫЗОВОВ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ

Глушанко В. С., Орехова Л. И.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Резюме. В данной работе проанализирован отечественный опыт в сфере лечения и лекарственного обеспечения населения в период борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19, определены основные вызовы системы здравоохранения и технологии их преодоления, представлен вклад Беларуси в области сотрудничества с международными организациями.

Ключевые слова: белорусская модель здравоохранения, индикаторы общественного здоровья, современная социальная политика, медицина, фармация, перспективные направления развития здравоохранения.

SUSTAINABILITY AND CREATIVITY OF THE BELARUSIAN MODEL OF HEALTH CARE AS FACTORS IN OVERCOMING CHALLENGES IN MEDICINE AND PHARMACY

Glushanko V. S., Orekhova L. I.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

Summary. This paper analyzes domestic experience in the field of treatment and drug provision of the population during the fight against coronavirus infection COVID-19, identifies the main challenges of the healthcare system and technologies for overcoming them, and presents the contribution of Belarus in the field of cooperation with international organizations.

Key words: Belarusian healthcare model, public health indicators, modern social policy, medicine, pharmacy, promising areas of healthcare development.

Введение. Белорусская модель здравоохранения [1] включает ряд блоков, которые мы представляем в виде системного анализа как научно-методологической дисциплины, которая, в свою очередь, изучает принципы, методы и средства исследования сложных объектов посредством презентации в качестве систем для их анализа: государственные минимальные социальные стандарты, территориально-технологические уровни оказания медицинской помощи, реализация программ государственных гарантий обеспечения медицинским обслуживанием граждан, добровольное медицинское страхование, система охраны здоровья матери и ребенка, фармацевтическая деятельность и лекарственное обеспечение, электронное здравоохранение, обеспечение санэпидблагополучия, медицинские кадры, экспорт медицинских, фармацевтических и образовательных услуг.

Цель исследования. Изучить особенности организации медицинской и лекарственной помощи Беларуси и на её основе определить устойчивость и креативность системы, а также обозначить пути решения проблем применительно к медико-фармацевтическому комплексу.

Материалы и методы. Использованы электронные источники информации, задействованы аналитический и статистический приемы, методы обобщения и интерпретации, доказательной медицины и фармации.

Результаты исследования. Под государственными минимальными социальными стандартами понимается должный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей населения. Он выражается в нормах и нормативах предоставления медицинской помощи, бюджетных и общедоступных социальных услуг и денежных выплат. Это важнейшее звено модели здравоохранения республики, выполнение которых строго контролируется [2, 3].

Другой, не менее значимой системой, являются территориально-технологические уровни оказания медицинской помощи (районный, региональный, республиканский), обеспечивающие принцип обратной связи и социального равенства, который закрепляет равное право граждан на доступное медицинское обслуживание в организациях здравоохранения.

Заметим, что в системе медицинских организаций республиканские научно-практические центры (РНПЦ) являются научными и лечебно-профилактическими организациями, обеспечивающими научно-исследовательскую, образовательную, организационно-методическую и высокотехнологичную специализированную стационарную и консультативно-поликлиническую помощь.

На всех уровнях бюджетные организации обеспечивают выполнение программ государственных гарантий, что подтверждается высокими показателями посещений, визитов скорой помощи и числом госпитализаций.

В XX веке все большую популярность набирает добровольное медицинское страхование (ДМС), которое при наличии специального разрешения (лицензии) заключают договор со страховой организацией об оказании медицинских услуг застрахованным лицам. С учетом сложившегося объема гарантированной бесплатной медицинской помощи ДМС достигнутый уровень охвата населения более 5% соответствует мировым тенденциям.

Скорую медицинскую помощь (СМП) на территории Республики Беларусь оказывают бригады СМП, функционирующие на базе 24 станций, созданных в населенных пунктах с численностью населения свыше 100 тыс. человек и 111 отделений СМП на базе Центральных районных больниц.

Концепция безопасного материнства стала в нашей стране началом реализации программы благополучного материнства и детства. Показатели работы службы являются подтверждением эффективности выбранных подходов. К примеру, «смертность детей при рождении» в Беларуси находится в одной группе с такими странами, как Бельгия, Великобритания, Германия, Дания, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Чехия, Финляндия, Франция, Япония и др. В рейтинге государств счастливого детства, Беларусь занимает 35-е место из 175 стран. Система охраны здоровья матери и ребенка является одним из приоритетных направлений в здравоохранении. Каждой беременной женщине гарантируется медицинское наблюдение в женских консультациях, а стационарная медицинская помощь — во время и после родов. Медицинское наблюдение является святой обязанностью акушер-гинекологов и педиатров.

Фармацевтические предприятия нарабатывают аналоги наиболее востребованных лекарственных средств (ЛС) по значительно более низким ценам. Дальнейшая работа фармацевтической промышленности должна быть направлена на 150% рост промышленного производства в год с преимущественным экспортом, что может являться гарантией экономического развития предприятий и качества продукции с позиции интереса народа.

Доля отечественных ЛС в общем объеме их на рынке Республики Беларусь в стоимостном выражении составляет 53,0%, при задании — 53,0%; удельный вес экспорта ЛС в общем объеме производства находится на уровне 29,0%, при задании — 32,0%.

Сформирован сбалансированный фармацевтический рынок. В стране зарегистрировано более шести тысяч наименований готовых ЛС, в том числе

более 1400 – отечественного производства. По своей себестоимости отечественные ЛС в 2-4 раза дешевле зарубежных аналогов.

В государственных аптеках скидка в размере 10% предоставляется всем покупателям без ограничений: на постоянной основе на 50 наименований наиболее востребованных ЛС, около 32% белорусских лекарств реализуются по цене ниже 1 долл. США; перечень ЛС, реализуемых без рецепта врача, расширен более чем на 100 наименований; фармацевтическая промышленность обеспечила бесперебойные отгрузки ЛС из сформированного перечня (156 позиций производят белорусские фармацевтические предприятия) в условиях коронавирусной инфекции.

Планомерно проводились работы по развитию информационных систем в организациях здравоохранения Республики Беларусь. Существенно расширилась сфера обращения электронных рецептов. Значительно возросло использование республиканской системы телемедицинского консультирования.

Значимых успехов в области борьбы с коронавирусной инфекцией [4] добилась отечественная медицинская наука: разработаны методы получения очищенного и инактивированного препарата вируса SARS-COV-2 как прообраза для создания вакцины; получен прототип отечественной инактивированной вакцины для профилактики коронавирусной инфекции; произведена экспериментальная партия; создан первый диагностический набор «COVID-19-скрин» для молекулярной диагностики новой коронавирусной инфекции. На вакцинацию против COVID-19 затрачено 1 564,3 млн. рублей (273,5 млн. из фонда Президента). С октября 2021 г. проводится вакцинация беременных женщин, с декабря 2021 г. – вакцинация детей и подростков 12-17 лет.

В сфере трансплантологии сохранился высокий уровень органных трансплантаций, число которых на 2021 г. составило 484, в том числе пересадки печени, почки, поджелудочной железы, сердца, легких. Продолжено развитие программы детской трансплантации.

В области онкологии продолжена активная стратегия скрининга рака предстательной железы (45-65 лет), молочной железы (50-69 лет), колоректального рака (50-60 лет).

Исключительную роль в развитии превентивной направленности социально-значимой патологии, включая болезни системы кровообращения, играют результаты медицинской и фармацевтической науки и практики [5, 6, 7, 8].

Республика Беларусь активно сотрудничает со многими международными организациями и агентствами ООН: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Программа развития ООН (ПРООН), Кодекс Алиментариус,

Программа сотрудничества по фармацевтическим инспекциям, Международный комитет по контролю над наркотиками ООН, Научный комитет ООН по действию атомной радиации, Европейская Фармакопейная Комиссия, Конвенция о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического и токсинного оружия и об их уничтожении.

На итоговой Коллегии Министерства здравоохранения поставлены ключевые задачи. Среди них важнейшей задачей системы здравоохранения Республики Беларусь определен контроль качества предоставляемых медицинских услуг, который осуществляется следующими структурами: Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Главное управление контроля качества медицинской помощи, медицинских экспертиз, обращений граждан и юридических лиц; Отдел контроля качества оказания медицинской помощи РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации; Врачебно-консультационные комиссии РНПЦ; Отделы оценки качества оказания медицинской помощи областных МРЭК; медицинских организаций.

Перечисленные выше структуры в совокупности составляют «вертикаль» управления качеством. За годы своего существования ею были выявлены следующие недостатки системы здравоохранения: невыполнение клинических протоколов в части соблюдения объема обязательной диагностики по причине неназначения врачами-специалистами; нерациональная антибактериальная терапия без лабораторного и микробиологического контроля; нарушение схем антикоагулянтной и глюкокортикостероидной терапии; неназначение лечения сопутствующей патологии; недостаточное медицинское наблюдение, особенно в выходные и праздничные дни; недостаточное использование телемедицинского консультирования; низкая укомплектованность отделов качества медицинской помощи (КМП) МРЭК; необходимость подготовки и переподготовки врачей-экспертов; неудовлетворительная подготовка ответов на обращения граждан по вопросам КМП, что в дальнейшем приводит к повторным обращениям, и др., Структурами, входящими в «вертикаль» управления качеством, были выработаны технологии преодоления названных и других недостатков.

Проводится медицинская аккредитация государственных организаций здравоохранения. Выявлены несоответствия и недостатки: на этапе подачи документов — не в полном объеме представляются документы, подтверждающие выполнение критериев, в них отсутствуют листы ознакомлений сотрудников с приказами руководителя; название должностей в должностных инструкциях не соответствует названию должности в прилагаемом штатном расписании и др.; на этапе проведения административной процедуры — на компьютерах не установлены автоматизированные рабочие места, не закуплено программное обеспечение;

некачественное ведение медицинской документации; анализ деятельности структурных подразделений не востребован руководителем учреждения, его заместителями либо носит формальный характер, не содержит аналитической части, выводов и предложений; не организована работа по учету медицинской техники, техническому обслуживанию и ремонту; не проводится на должном уровне контроль по соблюдению требований по охране труда и пожарной безопасности и др.

Поставлены задачи по наращиванию экспорта медицинских услуг с учетом установленного планового задания на уровне 104% к 2021 году; продвижение и развитие бренда «Лечение в Беларуси» для обеспечения ежегодной динамики роста экспорта. Востребованными услугами считаются высокотехнологичные услуги в области неврологии, кардиохирургии, онкологии, трансплантологии, травматологии и ортопедии; вакцинация от COVID-19 (вакцинировано более 2,5 тысяч иностранных граждан). Определены также задачи на 2022 год по повышению сервисности услуг ДМС и его популяризация, с учетом потенциала организаций здравоохранения системы Минздрава; обеспечение роста объемов ДМС на основе роста страховых взносов и страховых выплат.

Внедряются клинико-затратные группы (КЗГ) – это классификация стационарных случаев в группы, клинически однородные, сходные по средней ресурсоёмкости, т.е. по расходам на их лечение в расчете на одного пациента. Сформирована база данных; определен порядок планирования расходов бюджета, основанный на использовании нормативов расходов на одного пациента в стационарных условиях применительно к КЗГ; разработаны и утверждены Методические рекомендации по порядку расчета стоимости случая госпитализации; проведен тестовый расчет стоимости случаев госпитализации; разработан и утвержден алгоритм действий на 2022 год по ремонту. Разработаны поэтапные шаги по внедрению КЗГ.

На примере ВГМУ продемонстрируем развитие программы инновационных образовательных центров, а именно: обучающий процесс будущих провизоров происходит в специально оборудованных химических лабораториях, классах, симуляционной аптеке. Занятия проходят на базе химико-фармацевтической лаборатории, оснащенной более чем 70 единицами современного аналитического оборудования и аккредитованной для проведения контроля качества ЛС в республике. В состав центра профессионального мастерства входит 9 лабораторий для углубленной подготовки студентов: «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология», «Врач общей практики», «Педиатрия», «Внутренние болезни», «Хирургические болезни», «Симуляционные тренинги в медицине», «Фармация», «Стоматология». Учебный центр практической подготовки

и симуляционного обучения является региональным центром обучения первой помощи населения, работников профессий повышенного риска и преподавателей немедицинских учреждений образования по преподаванию дисциплины «Первая помощь» и многое др.

Заключение. Система здравоохранения Республики Беларусь добилась значимых результатов во многих областях медицины и фармации. Она продолжает динамически развиваться. Большинство аспектов системы здравоохранения носят стратегический характер, определяют устойчивость и вектор развития отечественного здравоохранения. Разработан комплекс приоритетных медико-фармацевтических мер по увеличению устойчивости к вероятным вызовам современности. Улучшение качества медицинской помощи и адаптация к изменяющимся социальным, экономическим и политическим условиям являются важнейшими задачами системы здравоохранения Беларуси.

Список литературы

1. Глушанко, В. С. Инновационные подходы к белорусской модели здравоохранения / В. С. Глушанко // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – М., 2019. – № 5. – С. 37-38
2. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII: в ред. Закона от 11.12.2020 г. № 94-З. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.pravo.by>. – Дата доступа: 21.09.2021.
3. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 г. / Национальная комиссия по устойчивому развитию Республики Беларусь. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: : <http://www.pravo.by>. – Дата доступа: 01.09.2021.
4. Информация о новой коронавирусной инфекции covid-19 [Электронный ресурс] <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/informatsiya-o-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19.php>
5. Качество и эффективность медико-организационных технологий XXI века: материалы II-го Национального Конгресса с международным участием, Витебск, 17 декабря 2021 г. / Под ред. В. С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2021.- 158 с.
6. Орехова, Л. И. Выделение коморбидно значимых социально-дистрессовых факторов болезней системы кровообращения методом двухэтапного кластерного анализа / Л. И. Орехова, В. С. Глушанко // Международный научно-практический журнал «Кардиология в Беларуси». – 2021. – Том 13, № 4. – С. 143-144.
7. Достижения, угрозы и риски медицинской и фармацевтической деятельности в Республике Беларусь / В. С. Глушанко [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. Красноярск. – 2020. № 3 (123). С. 11-19.
8. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Официальный сайт. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/demografiya_2/g/chislennost-i-estestvennyi-prirost-naseleniya/. – Дата доступа: 15.10.2021.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ

Денискина А. И.

Институт социологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Резюме. Цифровизация рынка труда выстраивает новую архитектуру ключевых профессиональных компетенций, появляются и занимают свою нишу цифровые навыки. В статье на основе эмпирических данных рассмотрена степень включенности в цифровые профессиональные практики медицинских работников РБ.

Ключевые слова: экономическая социология; рынок труда; цифровизация медицины; цифровые компетенции; конкурентоспособность.

PROFESSIONAL COMPETENCES OF MEDICAL WORKERS IN THE CONDITIONS OF DIGITALIZATION OF MEDICINE

Deniskina A. I.

Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk, Belarus

Summary. The digitalization of the labor market is building a new architecture of key professional competencies, digital skills appear and occupy their niche. Based on empirical data, the article considers the degree of involvement in digital professional practices of medical workers in the Republic of Belarus

Key words: economic sociology; labor market; digitalization of medicine; digital competencies; competitiveness.

Цифровая экономика меняет рынок труда, цифровизация рабочих мест влечет за собой необходимость новой адаптации работников в профессиональной среде. Создается цифровая инфраструктура, и, как следствие, меняются требования к специалистам. Базовые компетенции уже не определяют конкурентные преимущества работников, навыки использования внедренных в профессиональное пространство цифровых технологий все чаще выступают ключевым фактором успешной профессиональной социализации. Более того, некоторые цифровые навыки переходят в категорию общеобязательных, базовых. Очевидным становится необходимость подготовки и переподготовки кадров в постоянно изменяющихся условиях. Одной из целей Национальной стратегии устойчивого

социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2035 года [1,36] становится повышение конкурентоспособности рабочей силы посредством разработки стимулов для подготовки и переподготовки кадров в течение всей трудовой жизни.

Пандемия повлияла на системы здравоохранения во всем мире больше, чем на другие сферы. Во многих странах выросли инвестиции в цифровую медицину. Цифровизация здравоохранения тесно связана с цифровизацией рынка труда и имеет долгосрочные последствия, баланс положительных и негативных последствий которых будет в значительной степени определяться профессиональными компетенциями медицинских работников. В случае несоответствия имеющейся внешней материально-технической цифровой ресурсной базы учреждений имеющимся цифровым профессиональным компетенциям медицинских работников, говорить о том, что цифровизация станет важным средством совершенствования инфраструктуры здравоохранения не представляется возможным. Поэтому особую актуальность приобретают исследования цифровых профессиональных компетенций и мотивационных механизмов переобучения и встраивания в цифровую среду квалифицированных работников.

Наличие внутренних и внешних стимулов к адаптации и готовность к переобучению в течение всей трудовой деятельности определяет конкурентоспособность работников и обеспечивает сбалансированность профессионально-квалификационной структуры спроса и предложения рабочих мест в медицинской отрасли. **Внешним ключевым фактором изменений**, вызванным цифровизацией медицины, является наличие, качество и доступность цифрового оборудования, интеллектуальных систем и информационных технологий для улучшения качества диагностики и оказания медицинской помощи пациентам. Согласно данным республиканского социологического исследования, проведенного Институтом социологии НАН Беларуси в сентябре 2021г. (максимальная погрешность при уровне значимости 0,05 не превышает 2,6%), среди работников медицинской сферы 20,0% отметили, что на их рабочем месте за последние год-два были внедрены цифровые технологии, это может быть оборудование, использующее цифровые технологии или новые программные комплексы. Еще 16,7% указали, что внедрение было 3-5 лет назад. Примерно треть отметили, что никаких изменений не произошло, столько же затруднились ответить. 53,3% указали на тот факт, что рабочее место так или иначе связано с цифровыми технологиями, чаще всего цифровые технологии для медицинских работников являются вспомогательным инструментом в рабочем процессе (28,3%).

Внутренним ключевым фактором изменений выступает обладание цифровыми компетенциями на рынке труда. В свою очередь мотивационный

компонент может определяться общей удовлетворенностью работой и отдельными ее составляющими. В целом удовлетворены своей работой 76,2% опрошенных, работающих в медицинской отрасли. Полученные данные показали, что в большей степени респонденты удовлетворены занимаемой должностью (86,4%), отношениями в коллективе (83,0%), своими профессиональными навыками (81,1%), режимом работы (81,0%), отношениями с руководством (79,6%), условиями труда (79,3%), содержанием своей работы (77,9%), социальным пакетом предприятия (72,8%) и рядом других аспектов. Самый низкое значение показателя удовлетворенности и одновременно самое высокое показателя неудовлетворенности у экономической составляющей профессиональной деятельности. Своей заработной платой не удовлетворены 50,9%, скорее удовлетворены 33,9% ответивших. Своими цифровыми навыками в профессиональной среде удовлетворены 41,7% ответивших еще 40,6% удовлетворены оснащенностью современным оборудованием рабочих мест. Учитывая ускоренные темпы внедрения цифровых технологий в профессиональную среду, такой процент удовлетворенности внешними и внутренними аспектами цифровизации профессиональной деятельности не может считаться маленьким. В пользу этого вывода свидетельствуют ответы на вопрос «Как Вы считаете, умеете ли вы быстро адаптироваться к изменениям в профессиональной сфере в условиях развития цифровых технологий?»: 58,3% респондентов выразили уверенность в своем адаптационном потенциале, четверть засомневались в своем умении быстро адаптироваться. Освоили за последнее время какие-либо цифровые программы/ сервисы/ оборудование для работы 43,4% мед. работников; 31,7% применяют полученные навыки на практике. Удалось освоить, но нет возможности практического применения новых компетенций у 11,6% мед. работников. Еще 10,0% отметили, что потребность в новых навыках имеет место, однако освоить их по каким-то причинам не удалось. Согласно опросу, среди мужчин, занятых в медицине, доля тех, кому удалось освоить какие-либо новые цифровые навыки, в 1.6 раза выше, чем женщин.

Со временем цифровизация медицины приведет к высвобождению недостаточно компетентной численности работников, поэтому основным конкурентным преимуществом будет выступать интенсивность использования профессиональных цифровых компетенций. Причиной недостаточной вовлеченности в цифровую среду могут стать помимо внешних факторов, небыстрая адаптация к стремительно меняющимся профессиональным требованиям, отсутствие навыков пользования цифровым оборудованием и нежелание приобретения этих навыков, а также ряд других. Вместе с тем, стоит отметить, что уровень техностресса у мед. работников в целом минимален, это подтверждается также их готовностью освоить новые технологии в случае

необходимости (38,3%). Т. е. цифровизация медицины в целом и технологизация рабочего места в частности могут стать триггером к наращиванию профессионального потенциала значительной части мед. работников. Сложности возникнут у тех работников, кто не планирует осваивать новое цифровое профессиональное оборудование или программы даже в случае обеспечения ими рабочего места (31,7%). Эти работники окажутся в заведомо социально уязвленном положении, т.к. в скором времени не смогут конкурировать на рынке труда. Таким образом, в структуру конкурентных преимуществ стремительно вошли и заняли нишу цифровые компетенции, без которых в дальнейшем не представляется возможным профессиональное развитие и достижение профессионального успеха.

Список литературы

1. Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2035 года, PDF документ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.economy.gov.by/uploads/files/ObsugdaemNPA/NSUR-2035-1.pdf> (дата обращения 04.04.2021)

РЕНЕССАНС ПАТЕРНАЛИЗМА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Доника А. Д.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр, г. Волгоград, Россия

Резюме. Беспрецедентные условия пандемии COVID-19 повлияли на характер взаимодействия врача и пациента, поскольку обусловили полифакторные вызовы национальным системам здравоохранения. Цель работы – определить вектор изменения моделей взаимодействия врача и пациента в современных условиях. Приведены результаты авторского социологического опроса (N=438), которые показали, что 54,5% молодых врачей принимают для себя особенности патерналистской модели. Сложившиеся условия являются благоприятными для возвращения утративших с последнее время ценностей профессии – альтруизм, милосердие, сострадание.

Ключевые слова: профессиональная группа врачей, пациенты, патернализм, пандемия

RENAISSANCE OF PATERNALISM IN THE PANDEMIC ERA

Alena. D. Donika

Volgograd State Medical University,
Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia

Abstract. The unprecedented conditions of the COVID-19 pandemic have changed the nature of doctor-patient interactions by creating multifactorial challenges to national healthcare systems. The purpose of the work is to determine the vector of change in the models of interaction between a doctor and a patient in modern conditions. The results of the author's sociological survey (N=438) are presented, which showed that 53.4% of young doctors accept the features of the paternalistic model for themselves. The current conditions are favorable for the return of the values of the profession that have recently lost – altruism, mercy, compassion.

Key words: professional group of doctors, patients, paternalism, pandemic

Актуальность. Формирование моделей взаимодействия врача и пациента носит исторический характер и отражает социокультурные экспектации общества. Безусловно, беспрецедентные условия пандемии COVID-19 отразились и на этом социальном феномене, поскольку обусловили вызовы всем социальным институтам, и прежде всего, национальным системам здравоохранения [2, 7].

Цель нашей работы – определение вектора изменения моделей взаимодействия врача и пациента в современных условиях.

Материалы и методы. В работе использован обзор современных исследований, электронных ресурсов открытого доступа, в том числе официальных сайтов по проблематике работы. Приведены результаты авторского социологического опроса врачей с использованием Google forms (N=438 стаж работы 3,4±1,4 года). Авторская анкета прошла этическую экспертизу (№ 685-П от 11.10.2021), в отношении респондентов соблюдены нормы конфиденциальности и автономии.

Результаты. Согласно рабочей гипотезе, классификация моделей «врачевания» Р.Вича сохраняет свою актуальность для современного анализа, поскольку может интерпретироваться классическими и гибридными формами, и применяется в многочисленных исследованиях в междисциплинарном поле медицинских, социологических, философских наук. В частности, в исследованиях последних лет (до начала пандемии) на материале Vig-баз была обоснована тенденция снижения значения патерналистской модели. Этиология

этого процесса связана с бурным развитием рынка высокотехнологичных медицинских услуг, ростом медицинской осведомленности пациентов в связи с широким распространением медицинской информации в интернет-пространстве и глобальной цифровизацией услуг во многих социальных сферах.

В то же время, с 2016 г в России статистически был зафиксирован феномен постарения нации, который немного ранее был отмечен в странах Западной Европы [1]. Согласно прогнозам 2017 г. доля старшего поколения в национальной выборке России к 2030 г. могла составить до 25%. Учитывая увеличение продолжительности жизни и ее качества в зрелом и пожилом возрасте, были предприняты меры по сохранению трудового потенциала страны на государственном уровне (пенсионная реформа) [3]. Увеличение числа пожилых пациентов обуславливает и изменения взаимоотношений пациентов с врачами, поскольку население старшей возрастной группы ностальгирует по феноменам советского периода, в частности по «бесплатной медицине» и образу советского врача [5]. Общая неудовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи на кануне пандемии во многом определялась утратой советских ценностей (мнимых и реальных), цифровым неравенством возрастных пациентов, отсутствием социально-психологической конгруэнтности во взаимоотношениях с молодым поколением врачей, ориентированных на «цифру», высокие технологии диагностики и терапии [4, 6].

Пандемия новой коронавирусной инфекции повлияла не только на организацию медицинской помощи в экстремальных условиях, но характер взаимодействия внутри самой системы, особенно в рамках взаимодействия врач-пациент. Самопожертвование и альтруизм профессиональной группы медицинских специалистов, оказавшихся на «линии огня» послужили поводом к героизации профессии, возврату утраченного в последние годы авторитета. Если в последние 10 лет до начала пандемии средства масс медиа в основном обсуждали врачебные ошибки, этические конфликты в медицине, то в период пандемии эта риторика заметно утихла перед мужеством и преданностью врачей. Такая тенденция, безусловно, способствует возвращению доверия к врачу – как к отцу, в толковании Р. Вича, которому безоговорочно доверяют свою жизнь.

Безусловно рассматриваемая интеракция предполагает и готовность врачей к возвращению патернализма. Молодые врачи, социализированные под влиянием ЕГЭ и социальных сетей, тотальной цифровой коммуникации, могут быть не готовы к такой смене моделей. Их вполне устраивает контрактная модель, договор с пациентом, как с услугополучателем, предполагающая согласие с условиями его заключения, даже при наличии неопределенности результата – такая позиция снимает, в том числе и

эмоциональную ответственность с врача – пациент был предупрежден о рисках через процедуры информированного согласия. Патернализм предусматривает более весомое значение сострадания, эмпатии, рефлексии к пациенту, проявляющему полное доверие к действиям врача.

Согласно результатам нашего опроса, половина молодых врачей, занятых в «красной зоне» выбрали для себя, как наиболее приемлемую модель отношений с пациентом патерналистскую (54,5%). Контрактную модель выбрали 32,4% респондентов этой группы. Несмотря на отсутствие статистически достоверного отличия рассматриваемых показателей, мы полагаем, что может быть эксплицирована тенденция к возврату в отечественную медицину патернализма. Факторы, способствующие этой тенденции, во многом обусловлены ростом утраченного авторитета профессиональной группы в экстремальных условиях неопределенности развития сценария пандемии, высокого риска инфицирования и угрозы тяжелого заболевания. Феномен постарения нации имеет более устойчивое влияние на формирование характера взаимодействия пациента с врачом, но одностороннее его влияние до пандемии способствовало только конфликтности в сфере медицинских услуг. Молодые врачи под влиянием социально-психологических условий массового инфицирования и госпитализации, летальности, возросшего доверия к ним пациентов, получают возможность оценить и принять особенности патерналистской модели.

Заключение. Наблюдаемая в России на кануне пандемии COVID-19 тенденция смены патернализма менее эмоционально-зависимыми и более рациональными моделями взаимоотношения врача и пациента сменила свой вектор в условиях социально-экономического кризиса, обусловленного внезапным развитием пандемии новой инфекции. Молодое поколение врачей проявило интерес к патернализму, который является проявлением ностальгии старшего поколения по образу советского врача. Сложившиеся условия являются благоприятными для возвращения утративших в последнее время ценностей профессии – альтруизм, милосердие, сострадание. Необходимо воспользоваться сложившейся ситуацией и более активно интегрировать гуманитарный контент профессионального образования и воспитания в образовательную среду вуза, в условиях, когда сегодня сама медицинская практика представляет собой уникальный набор кейсов, демонстрирующих ментальные ценности профессии.

Список литературы

1. Григорьева И. А., Богданова Е. А. Концепция активного старения в Европе и России перед лицом пандемии COVID-19. // *Laboratorium: журнал социальных исследований*. 2020. № 12 (2). С. 187–211. doi:10.25285/2078-1938-2020-12-2-187-211.

2. Доника А. Д., Доника Д. А. Медико-социальные и этико-правовые последствия пандемии COVID-19. – Тамбов, 2021.
3. Карпикова И. С., Баева О. Н. Трудовая занятость пожилых россиян: характеристика тенденций и возможностей реализации/ // Социодинамика. 2021. №6. С. 1-13. doi:10.25136/2409-7144.2021.6.35924.
4. Коротаяев А. В., Новиков К. Е., Шульгин С. Г. Ценности пожилых в стареющем мире. Социология власти. 2019. Т.31.1. С.114-142. doi:10.22394/2074-0492-2019-1-114-142.
5. Смолькин А. А. Социология возраста и границы социального конструирования. Социология власти. 2019. №1. С.8-13. doi:10.22394/2074-0492-2019-1-8-13.
6. Сафиуллин А. Р., Моисеева О. А. Неравенство: Россия и страны мира в условиях четвертой промышленной революции.// Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. 2019.Т.12, № 6, 2019. С.29. doi:10.18721/Е.12602.
7. Филиппов А. В. Уроки пандемии: этика безопасности. // Биоэтика. 2021. Т 14 №1. С. 32-35. doi:10.19163/2070-1586-2021-1(27)-32-35.

ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

Езепчик О. А.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Подростки в наибольшей степени подвержены влиянию социального окружения, которое формирует модели поведения в сфере здоровья. С целью выявления механизмов влияния микросоциального окружения на поведение подростков в сфере здоровья, проведен анализ научных работ, посвященных изучению социальных факторов, детерминирующих здоровье. Изучены особенности социализации современных подростков, выявлены факторы социального окружения, определяющие направленность поведения в сфере здоровья, установлена роль традиционных социальных институтов (семья, школа) в формировании отношения к здоровью.

Ключевые слова: подростки, поведение в сфере здоровья, социальное окружение, социализация

HEALTH BEHAVIOR OF ADOLESCENTS IN THE CONTEXT OF THE SOCIAL ENVIRONMENT

Ezepchyk O. A.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Republic of Belarus

Summary. Adolescents are most exposed to the influence of the social environment, which forms behavioral patterns in the field of health. In order to identify the mechanisms of influence of the microsocial environment on the behavior of adolescents in the field of health, an analysis of scientific papers devoted to the study of social factors that determine health was carried out. The features of the socialization of modern adolescents have been studied, the factors of the social environment that determine the direction of behavior in the field of health have been identified, the role of traditional social institutions (family, school) in shaping attitudes towards health has been established.

Key words: adolescents, health behavior, social environment, socialization

Актуальность. Состояние здоровья как индивида, так и популяции людей является результатом воздействия комплекса взаимосвязанных факторов, влияние которых опосредовано поведением в сфере здоровья. Эксперты ВОЗ отмечают, что причины низкого уровня здоровья определены состоянием социальной макро- и микросреды. Результаты работ, посвященных изучению детерминант здоровья, указывают на то, что приоритетное влияние в подростковом возрасте оказывают факторы, имеющие социально-поведенческую природу. При этом исследователи рассматривают влияние факторов социальной среды не только на биологический организм, но и на потребности, мотивы, ценности подростков, которые формируют модели поведения в сфере здоровья.

Лица подросткового возраста в наибольшей степени подвержены влиянию социальной среды, что проявляется в склонности к подражанию социальному окружению. Именно в подростковом возрасте происходит восприятие ценностей и норм поведения в различных сферах, в том числе и относительно поведения в сфере здоровья. Следовательно, учитывая специфику подросткового возраста, изучение характеристик среды обитания в реальных социокультурных условиях и выявление социальных факторов, определяющих направленность поведения, является обязательным условием сохранения потенциала здоровья подростков.

Цель работы: установить основные характеристики современной социальной среды и выявить механизмы влияния ее факторов на модели

поведения подростков в сфере здоровья, что позволит выделить актуальные проблемы для дальнейшего изучения.

Материалы и методы. На основе теоретического изучения научных источников, посвященных исследованию социального поведения и роли социальных факторов в детерминации здоровья лиц подросткового возраста, проведен анализ особенностей социализации современных подростков, выявлены факторы социального окружения, определяющие направленность поведения в сфере здоровья, установлена роль традиционных социальных институтов (семья, школа) в формировании отношения к здоровью.

Результаты исследования. По мнению исследователей, поведение в отношении здоровья является формой социального поведения [10], что дает основание использовать объяснение причин тех или иных поведенческих практик в сфере здоровья с точки зрения иерархии регуляторов социального поведения. Согласно данному подходу, социальное поведение детерминируется на трех уровнях: на первом уровне регуляторами выступают базовые ценности, характерные для данной культуры; на втором – ценности, обусловленные социально-экономическими, политическими и информационными факторами, которые формируют стереотипы поведения, на третьем – индивидуальные мотивы, побуждающие к деятельности, но не являющиеся основными регуляторами поведения [7, с. 171]. Из этого следует, что внутренние факторы не могут рассматриваться в качестве определяющих в детерминации поведения, т.к. система ценностей верхнего порядка формируется под воздействием объективных факторов.

Множественные эмпирические данные подтверждают данное утверждение. Так, в работах, посвященных изучению здоровья подростков, И. В. Журавлева отмечает, что поведение данной социальной группы регулируется извне и в большей степени определяется общепринятыми социальными нормами, ценностями и мнениями, чем сознательной мотивацией индивида [3, с. 46], и утверждает, что «схемы поведения, зависящие от сознательной мотивации менее устойчивы...» [3, с. 21]. Проведенный социологом Т. Н. Шушуновой анализ условий формирования самосохранительного поведения студентов г. Минска, показал, что поведенческая ориентация детерминируется ближайшим окружением и, выбирая модель поведения, молодежь главным образом ориентируется «на те социальные институты, где происходит его личностная социализация» [10]. Следовательно, можно утверждать, что социализация, т.е. процесс приобщения к принятым в обществе и его подсистемах ценностям и нормам, определяет поведение в сфере здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Однако в современных условиях процесс социализации подростков осложнен и имеет особенности, способствующие росту поведенческих рисков здоровью, среди которых можно выделить: кризис традиционных институтов социализации (семьи, школы) [3], возрастание роли средств массовой коммуникации в процессе социализации, которые по значимости становятся в одном ряду с другими социальными институтами, наличие реального и виртуального пространств, в которых функционируют подростки, и превращение глобальной сети Интернет в один из основных институтов социализации [5, 6].

Несмотря на возрастающее влияние качественно новых агентов и механизмов социализации, наиболее значимым социализационным фактором в подростковом возрасте остается ближайшее социальное окружение (семья, сверстники, учебно-воспитательная среда).

В научных публикациях семейный социум рассматривается как основной социальный институт, формирующий здоровье. По мнению И. В. Журавлевой здоровьесформирующая функция семьи реализуется посредством трех механизмов: наследование ребенком здоровья своих родителей, изменение здоровья под влиянием условий жизни семьи и формирование стереотипов поведения в сфере здоровья [3]. Исследование И. С. Шаповаловой, изучавшей вклад социальных институтов в формирование самосохранительных моделей поведения населения, установило наибольшую значимость института семьи в данном аспекте [9]. Прямая зависимость факторов здоровья подростков от характеристик семьи прослеживается в отношении вредных привычек, небезопасного сексуального поведения, наличия кризисных психологических ситуаций, своевременности обращения за медицинской помощью [3, 4, 8].

Процесс социализации в подростковом возрасте тесно связан с социальным институтом образования. Очевидно, что наряду с такими определяющими здоровье учащихся компонентами образовательной микросреды как организация учебного процесса, физическое воспитание, обеспечение рационального питания, школа транслирует индивиду социальные нормы и правила, принятые в обществе и, тем самым, формирует модели поведения в сфере здоровья. Данные исследований указывают, что наличие в школе системной работы по формированию здорового образа жизни является фактором, закрепляющим позитивную направленность самосохранительного поведения у учащихся [2], а информированность и мотивация педагогов к здоровьесберегающей деятельности имеет прямую корреляционную связь с распространенностью рискованного поведения среди школьников.

Кроме того, важным аспектом работы школы является обеспечение социально-психологического благополучия учащихся, которое

непосредственно зависит от взаимоотношений с группой сверстников, выступающих в данном возрасте в качестве референтной группы. Согласно многочисленным исследованиям, ключевым фактором, способствующим увеличению частоты девиантных форм поведения среди подростков, является наличие окружения сверстников с асоциальным поведением и вредными привычками [4, 8], а удовлетворенность подростка отношениями с друзьями и одноклассниками связана с более высокими показателями здоровья [1].

Трансформация характеристик среды, в которой происходит социализация подростков, обязывает исследователей изменять подходы к оценке детерминирующих здоровье факторов. Так, в рамках международного исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), которое принято считать наиболее объективными для оценки социально-поведенческих факторов здоровья подростков, с течением времени диапазон рассматриваемых аспектов расширяется. При этом наиболее значительно была дополнена сфера, касающаяся взаимодействия подростков с социальным окружением. В последнем опубликованном на данный момент отчете HBSC по результатам исследования за 2017/2018 гг., наряду с вопросами, связанными со структурой семьи, достатком семьи, занятостью родителей, характером общения в семье, удовлетворенностью школой, оценкой школьной нагрузки, включены области исследования, касающиеся оценки подростками поддержки со стороны родителей, сверстников и преподавателей, кибербуллинга, общения с использованием электронных средств, частоты онлайн-социального взаимодействия, вопросов проблемного использования социальных сетей [1]. Исследование HBSC акцентирует внимание на разнообразии факторов, определяющих качество и содержание социальной среды, в котором функционируют подростки, что определяет сложность выявления условий формирования здоровьесберегающего поведения в подростковой среде.

Выводы. Резюмируя все вышесказанное, можно утверждать, что ближайшее социальное окружение подростков оказывает огромное влияние на поведение в сфере здоровья и может выступать как фактором защиты, так и фактором риска здоровью. При этом условия социальной среды изменяются и современные подростки социализируются в качественно новой среде, что свидетельствует о необходимости постоянного мониторинга факторов микросоциального окружения подростков, выявление роли новых агентов и механизмов социализации (Интернет, социальные сети). Кроме того, эффективная работа по здоровьесбережению в подростковой среде видится в применении комплексного подхода к разработке и реализации профилактических программ с обязательным участием таких традиционных социальных институтов социализации подростка как семья и школа.

Список литературы

1. В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)» 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Том 1. Основные результаты [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332100/9789289055024-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 30.03.2022.
2. Васильев, В. В. Система формирования здорового образа жизни в условиях учебно-воспитательного процесса в общеобразовательных организациях и здоровье несовершеннолетних / В. В. Васильев, М. В. Перекусихин, Е. В. Васильев // Анализ риска здоровью – 2021. Внешнесредовые, социальные, медицинские и поведенческие аспекты. Совместно с международной встречей по окружающей среде и здоровью rise-2021 : Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: в 2 т., Пермь, 18–20 мая 2021 года. – Пермь: Издательство Пермского национального исследовательского политехнического университета, 2021. – С. 405-412.
3. Журавлева, И. В. Здоровье подростков: социологический анализ: монография / И. В. Журавлева. – Москва: Издательство института социологии РАН, 2002. – 240 с.
4. Одинокова, В. А. Влияние родителей и сверстников на частоту употребления алкоголя подростками / В. А. Одинокова // Петербургская социология сегодня. – 2018. – № 10. – С. 169-185.
5. Рослякова, С. В. Особенности социализации современных подростков / С. В. Рослякова, Т. Г. Пташко, Е. Г. Черникова // Балтийский гуманитарный журнал. – 2018. – № 4 (25). – С. 292-296.
6. Солодников, В. В. Использование социальных сетей и социализация российских подростков / В. В. Солодников, А. С. Зайцева // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9. – № 1. – С. 23-42.
7. Сурмач, М. Ю. Социология медицины: предмет, методология, и сферы применения в Республике Беларусь: монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – 316 с.
8. Хломов, К. Д. Рискованное сексуальное поведение в подростковом возрасте: обзор исследований [Электронный ресурс] / К. Д. Хломов, А.А. Бочавер // Психология и право. – 2021. – Т. 11. – № 3. – Режим доступа: https://psyjournals.ru/files/123061/psylaw_2021_n3_khlomov_bochaver.pdf. – Дата доступа: 04.04.2022.
9. Шаповалова, И. С. Роль социальных институтов в формировании самосохранительного поведения населения Центрального округа / И. С. Шаповалова // Вестник Института социологии. – 2020. – Т. 11. – № 1. – С. 86-112.
10. Шушунова, Т. Н. Самосохранительное поведение: методологические основания исследования / Т. Н. Шушунова // Вестник Белорусского национального технического университета : научно-технический журнал. – 2009. – № 5. – С. 101-106.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕЙ В КОЛЛЕКТИВЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Еремина М. В., Доника А. Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Резюме. Условия врачебной деятельности на фоне пандемии способствовали повышению роли командной работы. С целью определения роли социального взаимодействия врачей в коллективе проведен социологический опрос (N=129). 80,5% респондентов определили «способность к работе в команде» необходимой для работы в условиях пандемии. Несмотря на сложные условия, неблагоприятные эмоциональные факторы труда, 61,9% опрошенных оценили рабочую обстановку как благоприятную. Социальное взаимодействие во врачебном коллективе играет значительную роль в формировании положительного результата врачебной деятельности, как команды.

Ключевые слова: пандемия, профессиональная культура, медицинский социум

THE ROLE OF SOCIAL INTERACTION OF DOCTORS IN A TEAM IN A PANDEMIC

Eremina M. V., Donika A. D.

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The conditions of medical activity against the background of the pandemic contributed to an increase in the role of teamwork. In order to determine the role of social interaction of doctors in the team, a sociological survey was conducted (N=129). 80.5% of respondents identified the "ability to work in a team" necessary to work in a pandemic. Despite the difficult conditions, unfavorable emotional factors of work, 61.9% of respondents rated the working environment as favorable. Social interaction in the medical team plays a significant role in the formation of a positive result of medical activity as a team.

Key words: pandemic, professional culture, medical society

Введение. Пандемия COVID-19 создала исключительно сложные условия труда для работников здравоохранения. Кроме риска инфицирования врачи столкнулись с рядом профессиональных факторов, в том числе высокой

физической и эмоциональной нагрузкой. На современном этапе специфика врачебной деятельности формируется в условиях пандемии, что не может не оказывать влияния на профессиональную культуру врача, подвергающуюся воздействию внутренних и внешних условий реализации медицинской деятельности [1].

В современных условиях экстремального характера, обусловленных распространением новой коронавирусной инфекции, отчетливо заметна тенденция трансформации формата врачебной деятельности от индивидуальной работы к работе в команде группы медицинских специалистов. Характер взаимодействия внутри медицинского социума во многом оказывает влияние на качество и результативность врачебной помощи [2, 3].

Цель работы – определить роль социального взаимодействия врачей в условиях трудового коллектива на фоне пандемии.

Материалы и методы. Теоретическую базу исследования представляют результаты социологического опроса с использованием Google forms (N=129) и данные литературного обзора специальных источников в рассматриваемой сфере.

Результаты. Командная работа врачей в условиях массового поступления пациентов в инфекционные стационары приобретает особую значимость. В ходе проведенного исследования в качестве личностных качеств, необходимых по мнению врачей для работы в условиях пандемии выявлено, что 80,5% респондентов выбрали «способность к работе в команде», 84,4% отметили так же «решительность» и «умение быстро принимать решения» (рисунок 1).

Результаты социологического опроса продемонстрировали, что большинство врачей «красной зоны» (76,4%) отметили высокую эмоциональную нагрузку (нервно-психическое напряжение, связанное с высоким уровнем летальности пациентов, ощущением беспомощности, принятием трудных решений, необходимостью сообщать родственникам о смерти пациента, страхом за собственную жизнь и здоровье и т.д.) как наиболее значимый профессиональный фактор на рабочем месте в условиях пандемии.

В то же время, проведенный анализ специальной литературы подтвердил, что здоровая позитивная атмосфера в любом трудовом коллективе формируются в условиях сформированного высокого уровня профессиональной культуры членов коллектива и благоприятствует эффективности медицинской деятельности, особенно в экстремальных условиях [4]. Кроме того профессиональная культура находит проявление в активности и интенсивности трудовой деятельности, участливости и доброжелательности к коллегам. Социальное взаимодействие участников коллектива в доверительной форме, как объективная потребность, формирует

благоприятную среду для обмена профессиональной информацией и роста профессионализма медицинских специалистов [5, 6].

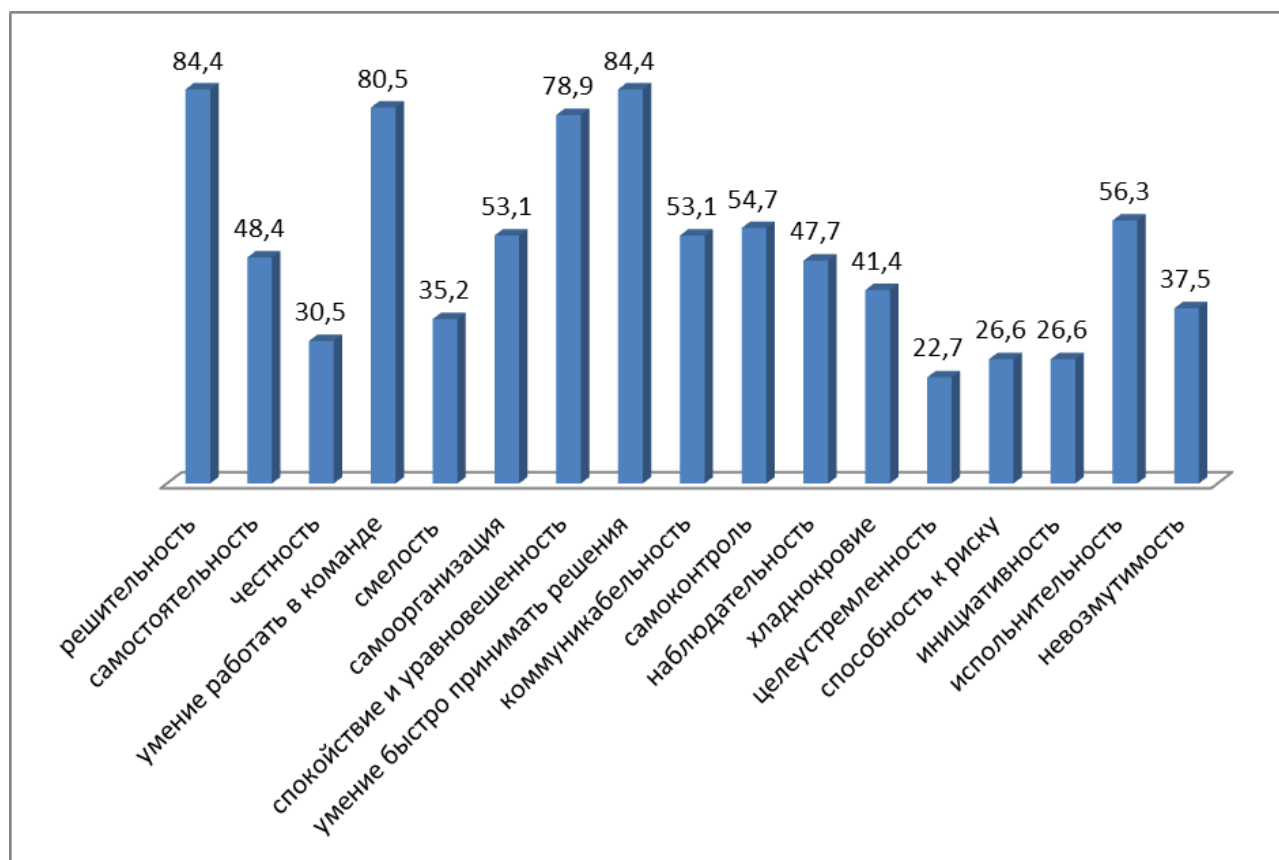


Рисунок 1. – Распределение респондентов при ответе на вопрос «Какие психологические качества в условиях пандемии особенно необходимы врачу»

Коллектив современного лечебного учреждения отождествляется с единым механизмом, деятельность которого направлена на выполнение общей задачи – сохранение жизни и здоровья пациента. Несмотря на сложные условия, неблагоприятные эмоциональные факторы труда, согласно полученным данным, 61,9% опрошенных врачей «красной зоны» высоко оценили рабочую атмосферу в рабочем коллективе и охарактеризовали ее как благоприятную и дружелюбную. Отметили высокий уровень доверия, взаимной поддержки и уважения среди врачей, как наиболее значимые параметры, обуславливающие эффективность врачебной деятельности.

Заключение. Изменение формы медицинской деятельности от индивидуальной к командной как следствие сложной эпидемиологической обстановки на фоне распространения COVID-19 определяет новые условия взаимодействия в медицинском социуме. Благополучное социальное взаимодействие во врачебном коллективе на фоне пандемии играет

значительную роль в формировании положительного результата врачебной деятельности, как команды.

Список литературы

1. Аникина А. А. Профессиональная культура общения врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций – 2016. – №6. С. 240-244
2. Доника А. Д., Доника Д. А. Медико-социальные и этико-правовые последствия пандемии COVID-19. – Тамбов, 2021
3. Еремина М. В. Исследование эмоционально-волевых качеств медицинских работников в контексте готовности к работе в условиях пандемии // Сборник материалов IV Межрегиональной научно-практической конференции «Безопасность – 2020». – Волгоград, 2020. С. 29-30
4. Кирияк Д. В., Егорова И. А. Профессиональная этика и нравственность врача в период пандемии: больше вопросов, чем ответов // Вопросы устойчивого развития общества – 2021. – №.7. С.503-510
5. Donika A.D., Eremina M.V., Kovaleva M.D., Yagupov P.R., Samoshina E.A Modeling the attitude of doctor's professional group to infected patients. European Journal of Molecular and Clinical Medicine. 2020. T. 7. № 11. P. 900-905
6. Ruderman C , Tracy CS , Bensimon CM , et al . On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? BMC Med Ethics 2006;7:E5. doi:10.1186/1472-6939-7-5

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ УСТАНОВОК ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НА ДОДИПЛОМНОЙ СТАДИИ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

Еремина М. В., Черемушникова И. К.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Резюме. Врач – социально значимая профессия, направленная на реализацию жизненно важных целей, в условиях пандемии приобрела особую значимость. С целью проведения анализа сформированности ценностных установок студентов медицинского вуза проведено опрос студентов медицинского вуза (N=150) по методике О. Ф. Потемкиной. Полученные результаты демонстрируют превалирование в модельной группе студентов лечебного факультета лиц, ориентированных на альтруизм и процесс. Уровень сформированности ценностных установок врачей на додипломной стадии профессионализации определенно можно оценить положительно.

Ключевые слова: профессиональная культура, ценностные ориентации, экстремальная ситуация, пандемия, альтруизм

FORMATION OF VALUES OF A DOCTOR IN THE CONDITIONS OF A PANDEMIC AT THE PRE-GRADUATE STAGE OF PROFESSIONALIZATION

Eremina M. V., Cheremushnikova I. K.

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. A doctor is a socially significant profession aimed at the realization of vital goals, which has acquired special significance in the conditions of a pandemic. In order to analyze the formation of value attitudes of medical university students, a survey of medical university students (N=150) was conducted according to the methodology of O.F.Potemkina. The results obtained demonstrate the prevalence of individuals focused on altruism and process in the model group of medical faculty students. According to the results of the study, the level of formation of value attitudes of doctors at the pre-graduate stage of professionalization can definitely be assessed positively.

Key words: professional culture, value orientations, extreme situation, pandemic, altruism.

Введение. Врачи оказались на передовой ликвидационных мероприятий пандемии COVID-19. Врач – социально значимая профессия, направленная на реализацию жизненно важных целей, в условиях пандемии приобрела особую значимость. А ценностные ориентации как нравственный компонент профессиональной культуры проявляются абсолютно во всех сферах деятельности человека, в том числе и в трудовой деятельности. К участию в ликвидационных мероприятиях пандемии в качестве волонтеров привлечены и студенты медицинских вузов. В связи с чем, представляет интерес изучение сформированности ценностных ориентаций врача в процессе обучения [1, 5].

Цель работы – провести анализ сформированности ценностных установок студентов медицинского вуза в условиях пандемии.

Материалы и методы. Материальную базу исследования составили: теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы, социологический опрос в модельных группах студентов старших курсов лечебного факультета и клинической психологии Волгоградского медицинского университета (N=150) по методике диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере О. Ф. Потемкиной, направленное на выявление степени выраженности социально-психологических установок, условно обозначенных как «альтруизм-эгоизм», «процесс-результат».

Результаты. В рамках социологии профессиональный альтруизм рассматривается в качестве социального блага и неотъемлемой характеристики профессий интеллектуального труда, в первую очередь – врачей, юристов и преподавателей [4, 6]. Полученные в ходе исследования результаты демонстрируют значительное превалирование в модельной группе студентов лечебного факультета лиц, ориентированных на альтруизм (68,34%) (против 41,69% лиц с ориентацией на эгоизм соответственно, $p > 0,5$) (рисунок 1).

Выявлено, что в контрольной группе студентов, обучающихся по профилю клиническая психология, ориентация на альтруизм так же преобладает над эгоистической ориентацией, но различия не носят достоверного характера ($p > 0,05$). Распределение респондентов по гендерному признаку показывает, что альтруистически направленных девушек, значительно больше, чем юношей (54,1% и 35,7%, $p > 0,5$) в первой группе. 53,4% опрошенных уверены, что врач красной зоны должен сначала думать о других, а потом уже о себе, 46,3% из их стремятся как можно больше сделать для других людей, а 56,7% называют бескорыстие соеив отличительной чертой.

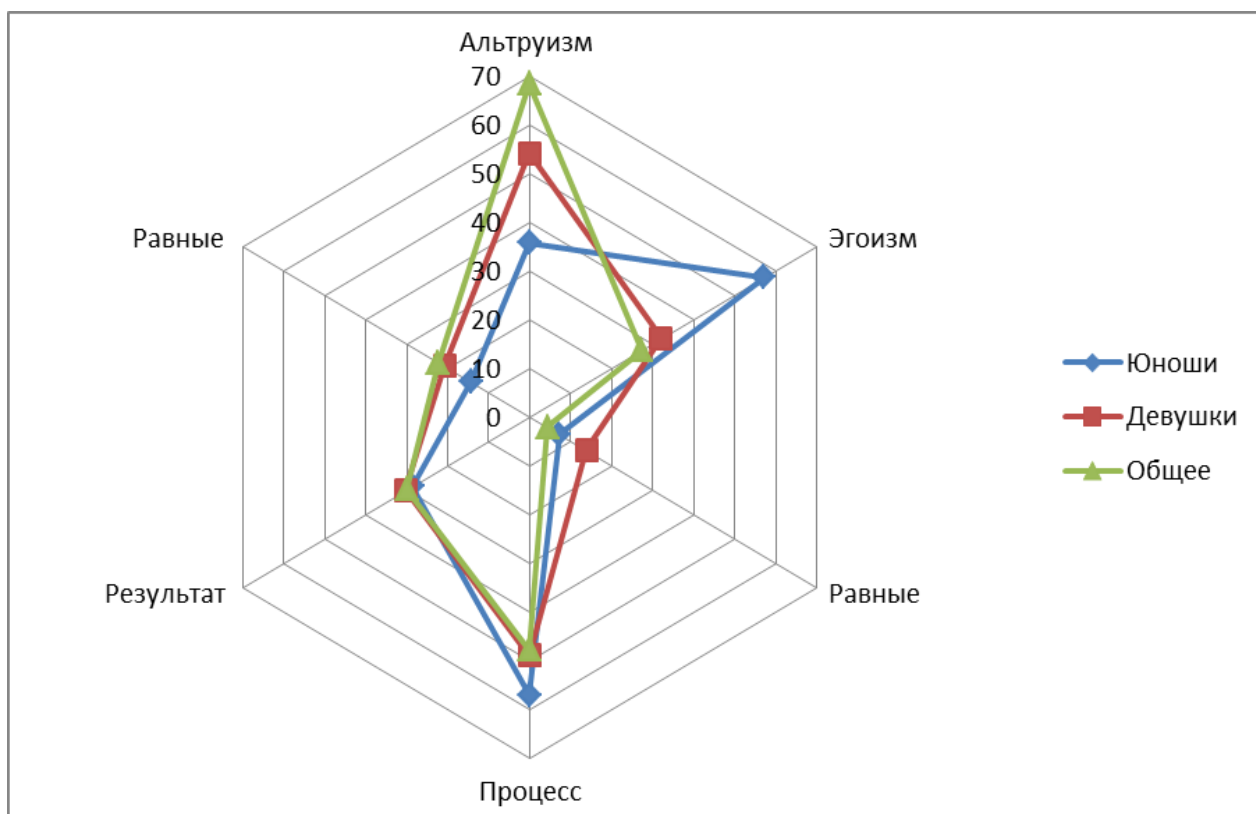


Рисунок 1. – Результаты диагностики социально-психологических установок в студентов лечебного факультета по методике О. Ф. Потемкиной

Альтруистическая ориентация медицинского специалиста представляется профессионально значимым качеством, которое определяет способность к

работе в условиях экстремальных ситуаций. Что свидетельствует о корректно сформированных социальных установках. В тоже время, согласно полученным данным, исследуемая выборка характеризуется процессуальной ориентацией, что, по мнению автора методики О. Ф. Потемкиной ограничивает результативность в экстремальных условиях. Результаты проведенного исследования позволяют оценить уровень сформированности ценностных установок врачей на додипломной стадии профессионализации в контексте ориентированности на успешную деятельность в условиях экстремальных ситуаций в 35,7%. Согласно литературным данным, альтруизм является неотъемлемым качеством профессиональной группы в целом, но не обязательно является характеристикой каждого ее представителя [2, 3].

Заключение. Уровень сформированности ценностных установок врачей на додипломной стадии профессионализации, как элемент профессиональной культуры, определенно можно оценить положительно. Альтруистическая ориентация будущих врачей является наиболее оптимальной в контексте выбранной профессии. В то же время процессуальная направленность исследуемой выборки свидетельствует о недостаточной сформированности социальных установок для рассматриваемой профессиональной сферы.

Список литературы

1. Доника А. Д., Еремина М. В. Профессия врача в современной измерительной системе оценки социального статуса // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – № 6-2 (37). – С. 106-107.
2. Доника А. Д., Еремина М. В., Самойлова О. С. Диагностика социально-психологической направленности врача в контексте профессиональной готовности // Сборник материалов Международной научной конференции «Психология. Спорт. Здравоохранение». – Санкт-Петербург, 2020. С. 13-15.
3. Магомедова Л. Г., Шихшабекова Э. Р., Абдулаева З. Э. Моральные добродетели врача // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 5 (95) Часть 2. – С. 211–214.
4. Ивашова А. А. Профессионализм современного врача: необходимость альтруизма // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-3.
5. Donika A.D., Eremina M.V., Kovaleva M.D., Yagupov P.R., Samoshina E.A Modeling the attitude of doctor's professional group to infected patients. European Journal of Molecular and Clinical Medicine. 2020. T. 7. № 11. P. 900-905.
6. Joanne Harris Altruism: Should it be Included as an Attribute of Medical Professionalism? Health Professions Education – 2017 – 4(1)

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ РОССИЯН

Журавлева И. В., Лакомова Н. В.

Институт социологии ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

Резюме. Анализируются показатели здоровья россиян в сравнении с аналогичными показателями жителей европейских стран. Сопоставление ответов россиян и европейцев (по результатам исследования ESS) свидетельствует о более позитивных ответах последних. Аналогичные тенденции характерны не только для взрослого населения, но и для подростков, участвовавших в международном исследовании HBSC. В то же время анализ ответов только россиян в этих двух исследованиях во временном двенадцатилетнем интервале выявляет иную закономерность – положительные изменения наблюдаются почти по всем показателям здоровья и благополучия. Это дает основание для позитивных прогнозов на будущее.

Ключевые слова: здоровье россиян, социальные детерминанты, здоровье подростков, позитивные тенденции.

TRENDS OF CHANGE INDICATORS OF HEALTH AND WELL-BEING OF RUSSIANS

Zhuravleva I. V. Lakomova N. V.

Institute of Sociology of the Federal Research Sociological Center Russian Academy of Sciences
Russian Federation, Moscow

Abstract. The health indicators of Russians are analyzed in comparison with similar indicators of residents of European countries. A comparison of the answers of Russians and Europeans (according to the results of the ESS study) indicates more positive answers from the latter. Similar trends are typical not only for the adult population, but also for adolescents who participated in the international HBSC study. At the same time, an analysis of the responses of only Russians in these two studies over a twelve-year time interval reveals a different pattern – positive changes are observed in almost all indicators of health and well-being. This gives grounds for positive forecasts for the future.

Key words: health of Russians, social determinants, adolescent health, positive trends.

Цель данной работы – оценить состояние здоровья россиян в сравнении с аналогичными показателями жителей европейских стран, используя данные статистики, результаты социологических российских и международных исследований, и предположить возможные изменения в будущем.

Согласно статистическим данным, здоровье и благополучие россиян характеризовалось к 2019 году некоторыми позитивными тенденциями. За период 2000-2019 годы ожидаемая продолжительность жизни в России увеличилась с 63,3 до 73,3 лет у населения. Эти же годы отмечены ростом рождаемости (с 8,7 до 10,1 на 1тыс. человек) и сокращением смертности (с 15,3 до 12,3 на 1 тыс. человек) [11].

Но при этом ежегодно ухудшалась заболеваемость населения в целом. Особенно за 2000-2019 гг. выросли показатели по болезням системы кровообращения в 1,9 раза и злокачественным новообразованиям – в 1,7 раза. Ухудшились показатели заболеваемости подростков 15-17 лет в 1,5 раза [3], [5].

Число больничных организаций за данный период сократилось в 2,1 раза, количество больничных коек (на 10 тысяч населения) уменьшилось в 1,4 раза. В 2005-2018 годы выросли затраты семей на медицинские услуги в 5,8 раз, на санаторно-оздоровительные – в 6,4 раза, на физкультурно-спортивные – в 8 раз. [11], [4].

Все эти параметры характеризовали социально-экономическую ситуацию в России в 2018 году к моменту проведения международного сравнительного Европейского социального исследования (European Social Survey – ESS), которое осуществляется в большинстве европейских стран с 2002 г. каждые два года [2]. В 2018 году была девятая волна при участии 20 стран. Россия принимает участие в ESS с 2006 года [2].

Результаты исследования ESS 2018 года, относящиеся к сфере здоровья и благополучия свидетельствуют, что по позитивным оценкам таких параметров как «удовлетворенность жизнью», «самооценка здоровья», «уровень счастья», «оценка системы здравоохранения», «психологическое благополучие» и других Россия оказалась в числе аутсайдеров среди европейских стран. Аналогичная ситуация характерна и для российских подростков, которые участвовали в международном исследовании «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children) (HBSC)». Оно проводится совместно с ВОЗ каждые четыре года с 1983 года. В настоящий момент в проекте участвуют 44 страны Европы, Азии и Северной Америки. Объектом исследования являются школьники в возрасте 11, 13 и 15 лет [1].

По результатам исследования 2012 года оказалось, что у россиян больше доля ответов о «плохом» здоровье, им меньше свойственна интенсивная физическая активность, они в числе «лидеров» по курению и наличию травм,

они чаще употребляют спиртные напитки, в их среде больше распространены драки, буллинг и кибербуллинг, чем у школьников из других стран.

Позитивный компонент ответов россиян заключался в том, что у них было меньше проблем с избыточной массой тела и ожирением. Но в целом, данные международного сравнительного исследования (HBSC) демонстрируют доминирование негативных показателей здоровья и психологического состояния российских подростков. [8].

Таким образом, результаты этих двух международных исследований не внушают оптимизма. Но при сопоставлении ответов россиян в исследованиях ESS (2018 и 2006) и HBSC (2012 и 2002) годов складывается иная перспектива.

В исследовании ESS за 12-летний период доля ответов о «хорошем» здоровье увеличилась в 1,2 раза и в 1,5 раза уменьшилась доля указавших на «плохое» здоровье. Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), за те же годы (2018 и 2006) в связи с «самооценкой здоровья» подтверждают достоверность результатов исследования ESS [7].

Восприятие россиянами своего «материального положения», «удовлетворенности жизнью», «удовлетворенности состоянием экономики», за период 2006-2018 годы изменилось в позитивном направлении. Даже доля «счастливых» россиян увеличилась в 1,1 раза, а доля «несчастливых» уменьшилась в 1,1 раза. Данные «Левада-центра» соответствуют указанным тенденциям [6].

Что касается ощущений «безопасности», связанных с наличием случаев насилия в последние 5 лет, то сопоставление ответов россиян за 12-летний период обнаруживает уменьшение в 2,2 раза подобных случаев в жизненном опыте респондентов и увеличение доли положительных ответов в 1,4 раза о чувстве безопасности в районе проживания. Статистические данные о подобных противоправных действиях полностью подтверждают выявленные в исследовании тренды. В России за период 2006-2018 гг. число грабежей сократилось в 7,1 раза, а количество краж, разбоев, убийств и пр. уменьшилось в 1,9 раза [10]; [9]. Отношение россиян к системе здравоохранения за 2006-2018 годы в исследовании ESS приобрело позитивную направленность – доля положительных оценок увеличилась в 1,7 раза, а доля отрицательных уменьшилась в 1,2 раза.

Единственный ухудшившийся за данный период времени показатель у россиян – это «уровень семейных доходов». В 2018 году доля «не испытывающих материальных трудностей» уменьшилась в 3 раза (см. рис.).

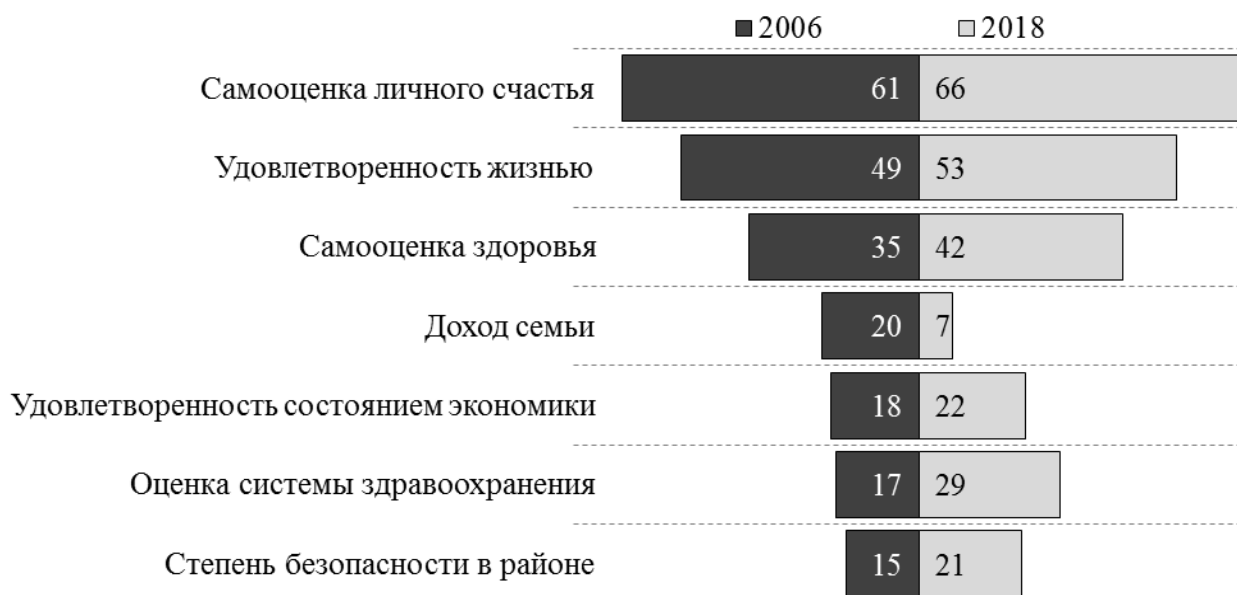


Рисунок. – Изменение позитивных (ответы "хорошее", "высокая") оценок здоровья и благополучия россиян – участников исследования ESS, 2006 и 2018 гг., %

Позитивные изменения во временном диапазоне свойственны и для подростков, участвовавших в международном исследовании здоровья подростков HBSC. Сопоставление результатов 2002 и 2014 годов показывает уменьшение доли подростков с «плохой» самооценкой здоровья, недовольных жизнью, пробовавших курить, еженедельно употребляющих алкоголь, участвующих в драках. Кроме того возросли доли россиян, занимающихся спортом и ежедневно употребляющих фрукты.

Таким образом, несмотря на существенное отставание россиян по основным параметрам в сфере здоровья в исследованиях ESS и HBSC, обнаруженные положительные изменения в ответах россиян в контексте 12-летних сравнений дают основания для позитивных прогнозов. Реализация этих прогнозов зависит, прежде всего, от социальной политики в области здоровья и благополучия, основанной на необходимой правовой базе и достаточном финансировании сфер здравоохранения, окружающей среды, культуры, образования, досуга, влияющих на формирование здоровья населения.

Несомненно, что результативность этих мер была бы максимальной при акцентировании внимания в первую очередь на детей и подростков, сознание которых находится в стадии формирования и доступно необходимым трансформациям.

Список литературы

1. В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. в Европе и Канаде Международный отчет. 2020. [Электронный ресурс] // URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332100/9789289055024-rus.pdf> (дата обращения 20.03.2022).
2. Европейское социальное исследование в России. М. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.ess-ru.ru/> (дата обращения 25.03.2022).
3. Здравоохранение в России. 2001: Стат.сб./Росстат. – М., 2001. [Электронный ресурс] // URL: https://gks.ru/bgd/regl/B01_34/Main.htm (дата обращения 01.04.2022).
4. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. – М., 2019. [Электронный ресурс] // URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2019.pdf> (дата обращения 24.03.2022).
5. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. – М., 2021 [Электронный ресурс] // URL: https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/Main.htm (дата обращения 24.03.2022).
6. Индекс российского счастья за 25 лет. 2015. [Электронный ресурс] // URL: <http://jpsy.ru/public/47203.htm> (дата обращения 02.04.2022).
7. Козырева П. М., Смирнов А. И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода// Социологические исследования 2020 № 4.
8. Кучма В. Р., Соколова С. Б. Основные тренды поведенческих рисков, опасных для здоровья // Анализ риска здоровью, 2019 №2. [Электронный ресурс] // URL: <https://journal.fcisk.ru/sites/journal.fcisk.ru/files/upload/article/362/health-risk-analysis-2019-2-1.pdf> (дата обращения 02.04.2022).
9. Российский статистический ежегодник. М. 2007. [Электронный ресурс] // URL: https://gks.ru/bgd/regl/b07_13/lssWWW.exe/Stg/d03/10-01.htm (дата обращения 29.03.2022)
10. Российский статистический ежегодник. М. 2019. [Электронный ресурс] // URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_13/Main.htm; (дата обращения 25.03.2022).
11. Российский статистический ежегодник. М. 2020. [Электронный ресурс] // URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2020.pdf (дата обращения: 22.03.2022)

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДОВЕРИЯ И НЕДОВЕРИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА К ИНСТИТУТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

Зарбалиев В. З., Вялых Н. А.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. В статье рассматриваются особенности исследования социальных факторов формирования доверия и недоверия в социологической науке. Пандемия существенным образом оказала влияние на систему оказания медицинской помощи в России. Общественное мнение к степени эффективности системы здравоохранения характеризуется переменчивостью, поскольку на оценки населения к определенному процессу оказывает влияние комплекс факторов. В этой связи, осуществлен анализ отношения российского общества к системе здравоохранения в динамике.

Ключевые слова: социальное доверие, социальное недоверие, факторы доверия и недоверия, институт здравоохранения, российское общество.

SOCIAL FACTORS OF FORMATION OF TRUST AND DISTRUST OF THE RUSSIAN SOCIETY TO THE INSTITUTE OF HEALTHCARE*

Zarbaliev V. Z., Vyalykh N. A.

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

Summary. The article discusses the features of the study of social factors of trust and distrust formation in sociological science. The pandemic has had a significant impact on the system of medical care in Russia. Public opinion on the degree of effectiveness of the healthcare system is characterized by variability, since a complex of factors influences the assessments of the population for a certain process. In this regard, the analysis of the attitude of the Russian society to the healthcare system in dynamics is carried out.

* Исследование выполнено в рамках реализации гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (МК-1818.2022.2) «Динамика социального доверия российского общества к институту здравоохранения в условиях пандемии COVID-19».

* The study was carried out as part of the implementation of the grant of the President of the Russian Federation for state support of young Russian scientists – candidates of sciences (МК-1818.2022.2).

Key words: social trust, social distrust, factors of trust and distrust, healthcare institute, Russian society.

Неотъемлемой составляющей социальных отношений в сфере здравоохранения является доверие. Доверие представляется социальной конструкцией, которое связано с отношениями между различными субъектами общества. Доверие является естественной частью социальных отношений и играет значимую роль в устойчивом функционировании различных сфер общества. Данный феномен рассматривается как одно из условий эффективного функционирования общества, поскольку приводит к упрощению взаимодействия между социальными акторами. В зависимости от исследовательских целей в качестве теоретической основы изучения доверия выступают подходы Г. Зиммеля, Н. Лумана, Э. Гидденса, П. Штомпки, Ф. Фукуямы, Т. П. Скрипкиной и ряда других специалистов. Исследователи подчеркивают проблематичность имплементации позитивного опыта других стран, а также сравнение результатов отечественных и зарубежных исследований.

Доверие в системе здравоохранения исследуется с нескольких позиций: доверие к медицинскому работнику, формирующееся в результате взаимодействия – межличностное; доверие к медицинским организациям – институциональное; доверие к системе здравоохранения в целом – системное [1]. Межличностное доверие возникает в результате взаимодействия между двумя людьми, например, в отношениях между пациентом и врачом. Институциональное доверие складывается по отношению к системе или учреждению, такому как больница или страховая компания. Межличностное и институциональное доверие могут быть связаны между собой; тем не менее, как правило, пациенты склонны распространять свое доверие к конкретному поставщику медицинских услуг. Доверие к поставщикам медицинских услуг связано с удовлетворенностью медицинскими услугами, развитием способности избавляться от беспокойства по поводу состояния здоровья [9].

В научной литературе довольно широко представлены работы, посвященные различным аспектам социального доверия к системе здравоохранения. Проводятся исследования, в которых осуществляется сравнение систем здравоохранения стран мира. Авторы работы «Международные различия в доверии к системам здравоохранения» использовали данные исследования системы здравоохранения, проведенного Международной программой социальных исследований в 31 государстве, с целью изучения степени межстрановой изменчивости. Подчеркивается наличие значительных различий в доверии населения к здравоохранению в изучаемых странах [10].

Уделяется внимание ресурсной составляющей государства как фактору социального доверия к системе здравоохранения. Исследователи отмечают, что существуют проблемы в системах здравоохранения государств с низким и средним уровнем дохода, что зачастую приводит к неготовности в осуществлении борьбы с вирусом из-за ограниченных ресурсов. Проблемы в странах с низким и средним доходом усугубляются тем фактом, что граждане этих стран, как правило, не доверяют системе здравоохранения из-за ее низкого качества, что может спровоцировать ряд отказов от взаимодействия с медицинскими учреждениями. Делается вывод, что надежная система здравоохранения увеличивает вероятность потенциального обращения населения за медицинской помощью [7].

Разнообразие определений понятия «доверие к системе здравоохранения» связано с научным ракурсом, в рамках которой исследователь осуществляет свою деятельность. Одним из определений понятия «доверие к системе здравоохранения» является следующая трактовка – это «неписаное соглашение между двумя или более сторонами, в соответствии с которым каждая сторона осуществляет ряд согласованных действий, не опасаясь изменений с какой-либо стороны». Фундаментальной основой медицинских отношений является доверие, которое представляет собой добровольное признание пациентом своей уязвимости в ожидании того, что поставщик медицинских услуг сделает для него все возможное [8].

М. А. Смирнова отмечает, что «в основе формирования доверия лежит удовлетворенность пациентов деятельностью медицинского учреждения. Обеспечение наиболее полного совпадения реальных условий оказания медицинской помощи ожиданиям пациентов является фактором, повышающим удовлетворенность пациентов, следовательно, способствующим формированию их доверия» [4].

Социальное доверие (и недоверие) у субъекта к институту здравоохранения формируется в результате целого ряда социальных факторов. Е. В. Реутов выделяет следующие факторы: «социокультурные факторы – господствующие в общественном сознании ценности и установки, которые поддерживаются традицией, религиозными и образовательными системами; социоструктурные факторы – уровень и характер социальной дифференциации, многообразие социальных групп и отличительные черты их отношений друг с другом; экономические факторы – характер экономической ситуации, оказывающий влияние на социальное самочувствие граждан; социально-психологические факторы – характер и особенности социализации индивида, роль непосредственного окружения». Вышеобозначенные факторы образуют социокультурную матрицу общества, в которой доминирует доверие или недоверие [3].

Одним из значимых показателей эффективности системы здравоохранения является степень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг. Общественное мнение к степени эффективности системы здравоохранения характеризуется динамичностью, поскольку на оценки населения к тому или иному процессу оказывают влияние ряд факторов. В этой связи, целесообразно рассмотреть динамику отношения населения к системе здравоохранения.

В мае 2019 года Фонд «Общественное мнение» (ФОМ) представил результаты социологического исследования, который был посвящен состоянию здравоохранения и самым острым проблемам этой сферы (N=1500 чел. В возрасте от 18 лет, метод опроса – личное интервью). 7% респондентов ответили, что дела в российском здравоохранении обстоят хорошо, 35% – удовлетворительно, 53% – плохо, а 5% – затрудняются ответить [5].

Если рассматривать в динамике общественное мнение об эффективности здравоохранения, то согласно, имеющимся данным от ФОМ, мы можем заметить, что в 2020 году был зафиксирован незначительный рост положительного отношения населения к системе здравоохранения (10%) в сравнении с 2019 годом (7%). В то же время, в 2020 году произошел небольшой спад в процентном соотношении отрицательного отношения россиян к системе здравоохранения (49%), в то время как в 2019 году эти показатели равнялись 53% [2].

Результаты исследования STADA Health Report (N=30 000 чел. – жители 15 стран, в том числе России) проиллюстрировали, что уровень доверия россиян к системе здравоохранения в 2021 году вырос по сравнению с 2020 годом на 7% и составил 41%. Россия показывает один из самых быстрых темпов роста данного показателя – второй результат по темпам роста после Сербии (+12%).

В свою очередь, 62% опрошенных полагают, что российская система здравоохранения будет на более высоком уровне, если в перспективе снова возникнет пандемия. По данному результату Россия пребывает на шестой позиции среди 15 стран, которые принимали участие в опросе. Каждый третий из 30 000 опрошенных в 15 странах считает, что усилия, направленные на планирование действий в условиях пандемии, будут малоэффективны (20%), или что их система здравоохранения, скорее всего, не сможет справиться с возросшей нагрузкой (15%). Респонденты из России по данному вопросу заняли более оптимистичную позицию: более двух из пяти (43%) россиян отметили, что уровень готовности страны противодействию пандемии существенно вырос. Результаты исследования также продемонстрировали, что в рамках настоящей ситуации с пандемией еще остаются моменты, на которые необходимо обратить особое внимание.

Фармацевтическим компаниям, как важному элементу системы здравоохранения, важно вносить свой вклад в увеличение готовности к сложным ситуациям в перспективе. В этом плане принципиальное значение отводится повышению оптимизации внутренних процессов, так как уровень финансовой доступности лекарственных средств обусловлен, в том числе, и от расходов компании на свои внутренние процессы [6].

Итак, социальное доверие (и недоверие) у субъекта к институту здравоохранения складывается вследствие влияния на него целого ряда социальных факторов. Такое положение говорит о том, что социальное доверие предстает в виде сложной конструкции. Положительные исходы в ходе потребления медицинской помощи повышают доверие субъекта к институту здравоохранения, следовательно, регулятивная и интегративная функции института здравоохранения прогрессируют. В научной литературе представлен значительный перечень трудов, в которых рассматривается проблематика социального доверия к институту здравоохранения. Социологи осуществляют исследования социального доверия к здравоохранению в рамках различных теоретических направлений, что ведет сначала к расхождениям в определении данного понятия, а затем и к полной невозможности хоть как-то сопоставить данные различных эмпирических изысканий. Во многом это обусловлено недооценкой либо и вовсе игнорированием процедур теоретико-методологического планирования социологического исследования.

Список литературы

1. Камынина Н. Н., Короткова К. О., Скулкина Ю. Н. Обзор исследований доверия к системе здравоохранения // Здоровье мегаполиса. 2020. Т. 1. № 1. С. 87-95.
2. Работа системы здравоохранения во время эпидемии коронавируса. Исследование Фонда «Общественное мнение», 2020 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-meditsina/14425> (дата обращения: 07.03.2022).
3. Реутов Е. В. Факторы формирования социального доверия и недоверия в российском обществе // Среднерусский вестник общественных наук. 2018. Т. 13. № 1. С. 12-20.
4. Смирнова М. А. Технология формирования доверия населения государственным медицинским учреждениям: диссертация кандидата социологических наук: 22.00.08 / Смирнова Марина Адилевна; [Место защиты: Рос. гос. социал. ун-т].- Москва, 2012.- 176 с.: ил. РГБ ОД, 61 12-22/202.
5. Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы. Исследование Фонда «Общественное мнение», 2019 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения: 07.03.2022).
6. Уровень доверия к системе здравоохранения. Исследование STADA Health Report, 2021 г. URL: <https://www.stada.ru/press/news/uroven-doveriya-rossiyan-k-sisteme-zdravookhraneniya-vyros-na-7-v-2021-godu-i-sostavil-41.html> (дата обращения: 09.03.2022).
7. Antinyan A., Bassetti T., Corazzini L., Pavesi F. Trust in the health system and COVID-19 treatment // *Frontiers in Psychology*. 2021. No. 12.
8. Gopichandran V. Trust in healthcare: an evolving concept // *Indian Journal of Medical Ethics*. 2013. Vol. 10. No. 2. P. 79–82.

9. Usta D., Korkmaz F. Patients' trust in the Turkish healthcare system // Cukurova Medical Journal. 2020. Vol. 45. No. 3. P. 860-870.
10. Zhao D., Zhao H., Cleary PD. International variations in trust in health care systems // International Journal of Health Planning and Management. 2018. Vol. 34. No. 1.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ПРАКТИКИ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19*

Зарбалиев В. З.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. В статье рассматриваются особенности исследования социальных факторов воспроизводства молодежью здоровьесберегающих практик в условиях пандемии COVID-19. Значительное внимание уделяется анализу содержания понятий, применяемых исследователями для объяснения поведения в отношении здоровья. Показано, что на приверженность к осуществлению индивидом положительных действий в отношении здоровья во многом влияют возможности, которым он обладает.

Ключевые слова: здоровье, здоровьесбережение, здоровьесберегающие практики, молодежь, пандемия COVID-19.

HEALTH-SAVING PRACTICES OF THE RUSSIAN YOUTH IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC*

Zarbaliev V. Z.

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

Summary. The article discusses the features of the study of social factors of reproduction of health-saving practices by young people in the conditions of the COVID-19 pandemic. Considerable attention is paid to the analysis of the content of the concepts used by researchers to explain health behavior. It is shown that the

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №20-311-90089 «Социальные практики здоровьесбережения молодежи в условиях трансформации российского общества».

* The reported study was funded by RFBR according to the research project №20-311-90089.

commitment to the implementation of positive actions by an individual in relation to health is largely influenced by the capabilities that he possesses.

Key words: health, health care, health-saving practices, youth, COVID-19 pandemic.

Здоровье населения выступает в качестве одного из базовых индикаторов благополучия страны. Ценность здоровья населения отражена в государственных документах Российской Федерации. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации от 2021 года отмечается, что в цели государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала входит укрепление здоровья граждан [1]. Существующие социально-экономические условия, в которых пребывает человек, серьезным образом оказывают влияние на его состояние. В то же время, значимое место в поддержании здоровья отводится тем факторам, в которых человек в большей степени способен оказать влияние на свое здоровье.

Исследовательский выбор изучения здоровьесберегающих практик молодежи определен несколькими причинами. Во-первых, молодежь обладает характеристиками, которые в наибольшей степени присущи для этой социально-возрастной группе. Для молодежи как возрастной группе характерен специфический образ жизни, культурные нормы и ценности. Молодое поколение представляет собой важнейший потенциал развития социума, от состояния которого в значительной степени зависит положение государства в перспективе. Во-вторых, изучение здоровьесберегающих практик молодежи в контексте пандемии COVID-19 позволит выявить особенности поддержания здоровья в регионах России.

Вышеобозначенные положения придают исследованию социальную значимость, связанную с необходимостью осуществления комплексного социологического анализа структурных компонентов здоровьесберегающих практик молодежи, факторов и барьеров формирования деятельности в отношении здоровья. В научной литературе уделено значительное внимание рассмотрению вопросов, касающихся здоровья, в понятийно-категориальном аппарате различных наук встречается значительное число понятий применяемых для раскрытия вопросов здоровья. Среди таких понятий следует выделить: «здоровый образ жизни», «здоровый стиль жизни», «самосохранительное поведение», «здоровьесберегающее поведение», «здоровьесберегающая компетентность», «культура здоровья», «инвестиции в здоровье» и т. д.

В научной среде сформировалось понятие «самосохранительное поведение», в рамках которого исследовательский интерес направлен на

изучение поведенческих факторов, влияющих на индивидуальное состояние здоровья. Авторы в научных работах обращают внимание на разработанность и степень разграничения понятий, которые применяются для описания вопросов в отношении поддержания индивидами здоровья. Так, отмечается, что «неустойчивость понятия «здоровый образ жизни» и множество вариантов толкования самосохранительного поведения вызывают ряд сложностей, связанных с теоретическим осмыслением рассматриваемых понятий...» [2]. Наличие существенного числа понятий в рамках поведения, связанного со здоровьем, объясняется содержательной сложностью феномена здоровье, многоаспектностью человеческого поведения, а также методологическими предпочтениями исследователей.

В научной литературе встречается понятие «здоровьесберегающие практики», под которым подразумеваются устойчивые и воспроизводимые действия индивидов, направленные на улучшение здоровья. Важно выявить специфику категории «здоровьесбережение», которое является составной частью понятия «здоровьесберегающие практики», поскольку в научной литературе имеется ряд понятий близких к нему в содержательном плане. Здоровьесбережение рассматривается в работе как деятельность человека, направленная на реализацию и увеличение возможностей для поддержания здоровья. На степень активности человека в отношении увеличения возможностей по улучшению здоровья влияет какое место в иерархии ценностей конкретного человека занимает здоровье. Придание здоровью высшей ценности будет способствовать более активным действиям индивида в отношении своего здоровья.

В качестве одной из популярных теоретических оснований для изучения детерминант поведения выступает теория планируемого поведения. Данная теория применяется исследователями в том числе для объяснения поведения, связанного со здоровьем (какие практики в отношении здоровья воспроизводятся субъектами, а также выявляются причины осуществления здоровьеразрушающих практик). Идея теории планируемого поведения базируется на выделении нескольких ключевых соображений в осуществлении субъектами тех или иных действий.

Первый фактор – «верования относительно поведения», который трансформируется в *аттитюд* (позитивная или негативная оценка определенного действия).

Второй фактор – «нормативные верования» – мнение индивида в отношении ожиданий других субъектов, преобразуется в *воспринимаемые нормы*. Воспринимаемые нормы отражают социальное давление, влияющее на реализацию конкретного действия.

Третий фактор – «верования касательно контроля» – связано с мнением о существовании условий, которые содействуют или сдерживают осуществление некоего поступка. Данные верования служат основой для образования *воспринимаемого поведенческого контроля* [3].

В сочетании аттитюд, воспринимаемые нормы и воспринимаемый поведенческий контроль обуславливают возникновение поведенческого намерения [4]. Как показывает практика, чем выше степень касательно убеждений о важности поступка, субъективных норм и восприятия контроля над поведением, тем выше должна быть склонность индивида осуществить рассматриваемое поведение. То есть, делается предположение, что намерение представляет собой момент, который предшествует поведению.

В фокусе проблематики поведения в отношении здоровья исследователи затрагивают вопросы, связанные с приверженностью к здоровому образу жизни. Зарубежные авторы отмечают, что приверженность определяется как свободно выбранная внутренняя решимость вести здоровый образ жизни, даже когда трудности мешают и причиняют неудобства. Здоровье определяется как оптимальный уровень благополучия. Также выделяются уровни приверженности: приверженность низкого уровня, приверженность среднего уровня и приверженность высокого уровня. Чем выше уровень приверженности, тем больше вероятность того, что индивид примет долгосрочные изменения в поведении [5].

Пандемия COVID-19 серьезным образом оказала воздействие на здоровьесберегающие практики населения стран мира. Воздействие внешнего фактора на привычный образ жизни трансформировало отношение людей к своему здоровью. Возникновение сложных ситуаций, как правило, активизирует деятельность субъектов по улучшению ситуации в различных сферах жизни.

В январе 2022 года Фонд «Общественное мнение» (ФОМ) представил результаты социологического исследования, посвященного ожиданиям российского населения после пандемии (N=1500 чел. в возрасте от 18 лет, метод опроса – интервью в режиме face-to-face) [6]. На вопрос, заданный респондентам касательно отличий жизни до пандемии и после её спада, 72% россиян считают, что их жизнь будет примерно такой же как до пандемии, а 18% полагают, что в их жизни будут существенные изменения. В свою очередь, среди группы респондентов от 18 до 30 лет, которые, соответственно, входят в категорию молодежи, 25% ответили, что после пандемии их жизнь будет заметно отличаться. 18% респондентам, ответившим, что их жизнь будет кардинально отличаться после спада пандемии, был задан вопрос в отношении того, в чем будут заключаться изменения в их жизни. Только 1% респондентов отметили, что станут прикладывать больше усилий для заботы о своем

здоровье. Согласно результатам исследования, чем старше возрастная группа, тем ниже ожидания населения касаются отличий в жизни.

В другом исследовании Фонда «Общественное мнение», проведенного в 2019 году и посвященного доверию врачей и медучреждениям, 70% респондентов ответили, что следят за своим здоровьем, 29% – не уделяют особого внимания. Среди представителей молодежи (возрастная группа от 18 до 30 лет) 78% – следят за своим здоровьем, а 21% – не прикладывают особых усилий в отношении своего здоровья [7].

На приверженность к осуществлению индивидом положительных действий в отношении здоровья во многом влияют возможности, которыми он обладает. Действия, направленные на увеличение капитала с целью увеличения возможностей, играют важную роль в поддержании здоровья.

Идея о том, что поведение в отношении здоровья и образ жизни имеют ярко выраженное влияние на состояние здоровья индивидов обосновано в теоретических концепциях, программных документах и научных исследованиях. Однако еще имеются некоторые практические вопросы, относящиеся к установлению здоровьесберегающего поведения. Актуальными вопросами представляются стратегии поведения, влияние социальных практик и ценностей на поддержание здоровья. Результаты некоторых исследований иллюстрируют, что на заботу о здоровье в значительной степени влияет высокий уровень образования, чем экономический капитал и ряд других ресурсов человека [8]. В других работах исследователи приходят к единому мнению, что люди с высокой финансовой устойчивостью относительно здоровее. Финансовая прибыль остается существенным фактором, оказывающим влияние на здоровье [9].

В итоге, необходимо подчеркнуть, что в научной литературе представлен значительный перечень трудов, в которых акцентируется внимание на поведении индивидов в отношении здоровья. Но вместе с тем, исследователи изучают вопросы поддержания здоровья в рамках различных теоретических направлений, что может вести к расхождениям в определении понятий. В этой связи, для проведения в перспективе эмпирических исследований, особое значение приобретает разработка теоретико-методологических конструктов ряда понятий, связанных с деятельностью человека касательно здоровья. Поведенческие, социально-конструктивистские концепции дают возможность определить глубину мотивов, ценностей и установок индивидов в отношении здоровья.

Список литературы

1. Сайт Президента России. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 г. № 400 О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47046> (дата обращения: 09.10.2021).

- Петраш М. Д., Муртазина И. Р. Понятие «Здоровый образ жизни» в психологических исследованиях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. № 2. С. 152-165.
- Татарко А. Н. Социально-психологический капитал и предпринимательская активность личности // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 5. С. 33-45.
- Cynthia W Kelly. Commitment to Health Theory // Research and Theory for Nursing Practice. 2008. Vol. 22. № 2. P. 148-160.
- Icek Ajzen, Antony S. R. Manstead. Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behaviour // In book: The scope of social psychology: Theory and applications. Chapter 4. Publisher: New York: Psychology Press.
- Жизнь после пандемии: ожидания и прогнозы. Исследование Фонда «Общественное мнение». [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14676> (дата обращения: 02.04.2022).
- Доверие врачам и медучреждениям: Люди о своем здоровье, отношении к врачам и опыте обращения к ним. Исследование Фонда «Общественное мнение». [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14208> (дата обращения: 03.04.2022).
- Puchalski K. Social differences in motivation for health-related behaviours // Zdrowie publiczne. 2006. Vol. 116. № 4. P. 548-553.
- Cui X, Chang CT. How Income Influences Health: Decomposition Based on Absolute Income and Relative Income Effects // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ВИРУСЕ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И МЕТОДАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Заяц В. А., Шедь К. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Аннотация: в статье представлены результаты сравнительного анализа информированности девушек и юношей репродуктивного возраста о вирусе папилломы человека, которые рекомендованы к использованию в организации информационно-профилактических мероприятий с подростками в учебно-воспитательной работе учреждений образования.

Ключевые слова: вирус папилломы человека; инфекции, передаваемые половым путём; подростки; первичная профилактика.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE AWARENESS OF GIRLS AND BOYS OF REPRODUCTIVE AGE ABOUT THE HUMAN PAPILOMAVIRUS AND METHODS OF ITS PREVENTION

Zayats V. A., Shed K. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Annotation: the article presents the results of a comparative analysis of the awareness of girls and boys of reproductive age about the human papillomavirus, which are recommended for use in organizing information and preventive measures with adolescents in the educational work of educational institutions.

Key words: human papillomavirus; sexually transmitted infections; adolescents; primary prevention.

Введение. Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путём (далее ИППП), среди юношей и девушек репродуктивного возраста – задача сложная, но весьма актуальная. Высокий уровень распространенности ИППП среди лиц подросткового возраста связан с ранним вступлением современной молодёжи в сексуальные отношения, что обусловлено акселерацией детей и подростков. При этом развитие мужской и женской сексуальности проходит по разным сценариям. Для становления мужской сексуальности в подростковом возрасте характерно наличие фазы юношеской гиперсексуальности, которая характеризуется повышенной половой возбудимостью. Женская же сексуальность развивается медленнее, чем мужская. Сначала у девочки появляется потребность в психологической близости с юношей и лишь потом – эротические чувства [1]. Эти особенности становления полового поведения позволяют задумать о необходимости использования гендерного дифференциального подхода при проведении учебно-воспитательной работы с подростками на такую интимную тему, как сохранение репродуктивного здоровья.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ уровня общей информированности подростков о вирусе папилломы человека (далее ВПЧ) и методах его профилактики среди юношей и девушек репродуктивного возраста, а также на основании полученных данных разработать рекомендации по внедрению гендерного дифференциального подхода в учебно-воспитательную работу в школах, колледжах и университетах.

Материалы и методы. На основании проведенного анализа научных публикаций, представленных в сети интернет, на тему ВПЧ-инфекции и методах его профилактики [2, 3], опираясь на методику оценки связанного со

здоровьем качества жизни подростков 15-18 лет в Республике Беларусь [4], студентами 5 курса Гродненского государственного медицинского университета самостоятельно был разработан опросник, состоящий из четырёх блоков вопросов. Первый блок включал общие вопросы об ВПЧ-инфекции, а также был направлен на получение статистических данных об основных источниках информирования подростков в вопросах сохранения репродуктивного здоровья. Второй блок включал вопросы об основных методах профилактики вируса, среди которых кочевую роль занимает вакцинация, направленная на профилактику рака шейки матки, вызываемым данным вирусом. Третий блок был направлен на самостоятельную оценку подростками своих знаний в теме. Кроме того, в данном блоке подростки могли открыто высказать собственное мнение о необходимости информирования подростков об ИППП. Четвертый блок позволяет получить общие данные об опрашиваемом с учётом сохранения его анонимности (возраст, пол, место обучения и место жительства).

Анкетирование проводилось в период с 19.10.2021 по 25.10.2021 г на базе трёх учреждений образования: Гродненский государственный медицинский университет (50 студентов), Полесский государственный аграрный колледж им. В. Ф. Мицкевича» г. Калинковичи (50 учащихся), средней школы №37 г. Гродно (50 учащихся).

Для обработки полученных в ходе опроса статистических данных был использован метод систематизации и обобщения полученных данных, применялись программы Statistica 10,0, Microsoft Excel 16,0.

Результаты исследования. В опросе приняло участие 63 юноши (42%) и 87 девушек (58%). Из юношей 25 человек были учащимися школы (39,68%), 20 – колледжа (31,75%), 18 университета (28,57%). Из девушек 25 человек были учащимися школы (28,74%), 30 – колледжа (34,48%), 32 – университета (36,78%). Средний возраст ($M \pm m$, лет) респондентов мужского пола составил $15,98 \pm 0,145$ лет, а средний возраст респондентов женского пола: $16,27 \pm 0,129$.

Из юношей 29 человек (46,03%) знают о существовании такой инфекции, как ВПЧ, 24 (38,10%) ранее не слышали о данном вирусе, а 10 (15,87%) не уверены в своих знаниях. На вопрос вызывает ли ВПЧ какое-либо заболевание 31 юноша (49,21%) ответил, что да, 12 (19,05%) – нет, а 20 (31,75%) не знают ответа на данный вопрос. При этом 17 юношей (26,98%) выбрали онкологические заболевания, 17 (26,98%) – воспалительные заболевания, 9 (14,29%) – заболевания центральной нервной системы и органов чувств, 8 (12,7%) – врожденные патологии у ребёнка, рождённого от родителей с положительной ВПЧ-инфекцией. Кроме того, 26 юношей (41,27%) отмечают вероятность бессимптомного течения ВПЧ-инфекции, а 15 (23,81%) отрицают это, 22 (34,92%) затрудняются ответить на данный вопрос. В противовес

38 девушек (43,68%) информированы о ВПЧ, 20 (22,99%) не информированы, а 25 (28,74%) не уверены в своих знаниях. На вопрос вызывает ли ВПЧ какое-либо заболевание 55 (63,22%) ответили, что да, 7 (8,05%) – нет, 21 (24,14%) – не знают ответ на данный вопрос. При этом 31 девушка (35,63%) выбрали онкологические заболевания, 32 (36,78%) – воспалительные заболевания, 8 (9,2%) – заболевания центральной нервной системы и органов чувств, 21 (24,14%) – врожденные патологии у ребёнка, рождённого от родителей с положительной ВПЧ-инфекцией. Кроме того, 51 девушки (58,62%) отмечают вероятность бессимптомного течения ВПЧ-инфекции, а 9 (10,34%) отрицают это, 23 (26,44%) затрудняются ответить.

Таблица 1. Основные источники информирования юношей и девушек о ВПЧ-инфекции

Наименования источника	Юноши, человек/%	Девушки, человек/%	Достоверность различий по t-критерию Стьюдента
Врач	6/9,52%	5/5,75%	0,24
Родители	10/15,87%	17/19,54%	0,24
Друзья	2/3,17%	5/5,75%	0,16
Интернет	20/31,75%	34/39,08%	0,55
Воспитатель и /или педагог	5/7,94%	8/9,20%	0,08
Не слышал(а) ранее	23/35,51%	24/27,59%	0,66

Из представленных данных видно, что сеть интернет является основным средством информирования как для девушек, так и для юношей. Также можно отметить, что как для девушек, так и для юношей не мало важную роль в информировании играют родители. Среди менее значимых источников подростки отмечают их социальное окружение: друзья, медицинские работники, педагоги и воспитателя. При этом различия по информированию юношей и девушек по каждому из источников статистический не значимы, так как t-критерий Стьюдента <2.

Таблица 2. Основные методы профилактики ВПЧ-инфекции

Наименования метода	Юноши, человек/%	Девушки, человек/%	Достоверность различий по t-критерию Стьюдента
Барьерные методы контрацепции	40/63,49%	53/60,92%	0,25
Приём противовирусных препаратов	18/28,57%	27/31,03%	0,18
Вакцинация	19/30,16%	19/21,84%	0,59
Наличие постоянного полового партнёра	19/30,16%	12/13,79%	1,13
Не существует эффективного метода контрацепции	4/6,35%	12/13,79%	0,47

Опираясь на представленные данные, основным методом профилактики ВПЧ-инфекции как юношами, так и девушками был выбран барьерный метод контрацепции. Однако, презервативы лишь снижают риски инфицирование вирусом и не защищают от развития онкологических заболеваний, в то время как вакцинация является практически 100% вариантом защиты от рака шейки матки. При этом вакцинацию, как основной метод профилактики выбрали лишь 30,16% юношей и 21,84% девушек. При этом о вакцинации ранее слышали лишь 9 юношей (33%) и 25 девушек (67%). Вакцинировалось от ВПЧ лишь 5 человек: 3 юношей (4,76%) и 2 девушек (2,30%). Остальные же разделились во мнении следующим образом: 19 юношей (30,16%) и 33 девушек (37,93%) не вакцинировались ранее и не собираются делать этого в будущем; 3 юноша (4,75%) и 6 девушек (6,9%) не вакцинировались, но собираются; 10 юношей (15,87%) и 8 девушек (9,2%) ничего не знают о вакцине, но при достоверном разъяснении хотели бы попробовать; 25 юношей (39,68%) и 34 девушки (39,08%) затрудняются ответить на вопрос о планировании вакцинации.

Выводы. Результаты данного исследования показали, что половина опрошенных как женского, так и мужского пола хоть раз слышала о таком представителе ИППП, как ВПЧ-инфекция. При этом половина опрошенных как юношей, так и девушек уверены, что вирус способен как бессимптомно персистировать в организме, так вызывать развитие определенных заболеваний. Однако, кроме онкологических заболеваний (35,63% девушек и 26,98% юношей) подростки с одинаковой частотой отмечали и воспалительные заболевания (36,78% девушек и 26,98% юношей). Основным методом профилактики как юноши (63,49%), так и девушки (60,92%) выбирают барьерный метод контрацепции, в то время как об вакцинации, как об единственном 100% методе защиты от развития онкологии знают лишь 33% опрошенных парней, в противовес у девушек данный показатель выше в два раза – 67%. Однако процент вакцинации среди юношей и девушек практически одинаков и мал (4,76% юношей и 2,30% девушек). Основным источником информирования обоих полов является сеть интернет, в которой на сегодняшний день представлено огромное количество доступных и бесплатных статей и публикаций об этиопатогенезе, клинике, диагностике, лечении и методах профилактики данного вируса. Однако достоверность данного источника может вызвать сомнения. Кроме того, подростки могут не верно интерпретировать представленную информацию в сети интернет. Для этого мы рекомендуем актуализировать информацию об ИППП не только среди молодёжи, но и среди их опекунов на родительских собраниях в школах, колледжах и университетах, так как согласно результатам опроса, не мало важную роль в информировании подростки отводят и родителям, доверяясь их мнению в данном вопросе.

Результаты работы могут быть использованы для организации информационно-профилактических мероприятий в учебно-воспитательной работе основных учреждений образования (школа, колледж, университет).

Список литературы

1. Ильин, Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
2. Шахтагинская Фируза Чингизовна, Намазова-баранова Л. С., Таточенко В. К., Новикова Д. А., Ткаченко Н. Е. Вирус папилломы человека. Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний // ПФ. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/virus-papillomy-cheloveka-profilaktika-vpch-assotsiirovannyh-zabolevaniy> (дата обращения: 06.11.2021).
3. Роговская, С. И. Вакцины против вируса папилломы человека: новые возможности профилактики цервикального рака (В помощь практикующему врачу) / С. И. Роговская // Гинекология. – 2007. – Т. 9. – № 1. – С. 15-20.
4. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем / М. Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.
5. Герасимова О. Ю. Сексуальное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ // Вестник СМУС74. 2017. №1 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnoe-povedenie-podrostkov-kak-faktor-riska-rasprostraneniya-ipp-p-vich> (дата обращения: 04.04.2022).

ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Иванова Л. Ю.

ИС ФНИСЦ РАН (Институт социологии Федерального научно-исследовательского Социологического Центра Российской академии наук), Москва, Россия

Резюме. В тезисах отражены результаты исследований, посвященных влиянию использования цифровых устройств (мобильного телефона и различных гаджетов) на здоровье детско-подросткового населения (авторы исследований работают в различных областях знания). Выделены направления изучения этой проблемы, представляющие интерес для специалистов в области социологии здоровья и медицины.

Ключевые слова: здоровье, дети, подростки, использование цифровых устройств.

IMPACT OF THE USE OF DIGITAL DEVICES FOR THE HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Ivanova L. Yu.

Institute of Sociology of the Federal Research Sociological Center
of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.

Abstract. The theses reflect the results of research on the impact of the use of digital devices (mobile phones and various gadgets) on the health of the child and adolescent population (the authors of the research work in various fields of knowledge). The directions of studying this problem that are of interest to specialists in the field of sociology of health and medicine are highlighted.

Key words: health, children, teenagers, use of digital devices.

Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) проникли во все сферы жизни общества, способствуя автоматизации и роботизации различных трудовых процессов. Во время пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (после принятия мер по ограничению социальных контактов) интернет пространство существенно расширилось за счет частичного перемещения в онлайн сферу бизнеса, государственных, медицинских, образовательных, торговых и досуговых услуг.

Приобщение населения к сети интернет и широкое распространение цифровых устройств [компьютеров, планшетов, ноутбуков, смартфонов и др. гаджетов (далее обозначим их как ЦУ)] привлекло внимание специалистов к проблеме влияния этих устройств на здоровье их пользователей, особенно детей и подростков – категорий населения активно эксплуатирующих ЦУ. В тезисах нет возможности остановиться на всех направлениях исследования данной проблемы. Сделана попытка осветить те из них, которые могут заинтересовать специалистов в области социологии здоровья и медицины.

В исследованиях влияния пользования ЦУ на здоровье детско-подросткового населения, проведенных в рамках такого раздела медицинской науки, как гигиена, изучается проблема воздействия электромагнитного излучения используемых мобильных телефонов (МТ), светового излучения экранов смартфонов (МСФ) и др. гаджетов. Кроме того, исследуется влияние использования различных ЦУ на самочувствие и когнитивные функции их пользователей, оцениваются риски для здоровья различных условий и режимов эксплуатации ЦУ. Гигиенисты, психологи, психотерапевты, социологи широко используют опросы для изучения характера и последствий пользования ЦУ для здоровья подрастающего поколения. Изучаются

регуляторы взаимодействия субъектов с цифровой средой (мотивы, установки и проч.). Такими регуляторами могут выступать знания и представления о рисках для здоровья использования ЦУ. В этой связи проводилось сравнение указанных представлений у подростков, их родителей и учителей. Самостоятельной проблемой является исследование социальных и экономических особенностей семей, повышающих вероятность рискованного для здоровья детей и подростков использования ЦУ. Изучается также распространенность зависимости детей и подростков от интернета и компьютерных игр. Анализируются социально-психологические особенности семей, способствующие формированию зависимости детей от сетей и от компьютерных игр. Изучаются мнения взрослых и подростков о возможном запрете использования МТ в школе, предлагаются программы оптимизации физической активности детей и подростков для снятия напряжений и утомления, возникающих в результате занятий с ЦУ.

Проведенные исследования влияния использования МТ детьми и подростками на их здоровье показали значимые корреляции между интенсивностью применения МТ (частота, длительность разговоров) и самочувствием детей и подростков. Выявлены значимые причинно-следственные связи между ежедневным количеством и общей продолжительностью разговоров детей 6-10 лет по МТ и их заболеваемостью простудными заболеваниями (группа часто болеющих детей) [1]. Установлено негативное влияние электромагнитного излучения МТ и смартфонов (СМФ) на когнитивную сферу (память, внимание) детей и подростков, активно эксплуатирующих эти устройства. Так, лонгитюдное исследование когнитивных функций детей, интенсивно использующих МТ, проводимое на протяжении 14 лет позволило установить замедление их реакции на световые и звуковые сигналы, рост числа ошибок при письме, снижение показателей работоспособности, ослабление внимания и смысловой памяти. Сравнивались психофизические показатели реагирования детей из группы наблюдения и контрольной группы [2]. Изучение оценок возможного риска здоровью при использовании МТ показало, что среди школьников по сравнению с родителями и педагогами меньше доля осознающих рискованность неупорядоченного применения МТ и одобряющих ограничения их использования школьниками во время уроков. Поддержали такую ограничительную меру почти 90% родителей и педагогов и 61,1% школьников [3]. Мониторинг результатов введения ограничений использования школьниками МТ в образовательных организациях показал, что эти ограничительные меры способствовали повышению внимательности и умственной работоспособности обучающихся на уроках, меньшей распространенности нарушений осанки и признаков перенапряжения зрительного аппарата на протяжении учебного дня [4].

Исследование вопроса о влиянии использования компьютеров, планшетов, ноутбуков, СМФ и др. гаджетов на здоровье детей и подростков, основанное на их самоотчетах, позволяет охарактеризовать текущее состояние респондентов во время или по завершению занятий с этими ЦУ. Изучается распространенность жалоб пользователей гаджетов со стороны зрительного и опорно-двигательного аппаратов, нервной системы, жалоб на нарушение сна. Показан значимый рост жалоб с увеличением времени применения ЦУ, причем на характер жалоб влияет что именно используется – компьютер, ноутбук или МТ [5].

Распространенность жалоб на зрительные расстройства обусловлена высокой зрительной нагрузкой при чтении текста с экрана ЦУ. Подтверждением негативного влияния ежедневной продолжительной работы с гаджетом на зрительный аппарат служит сравнительное исследование двух групп подростков, различавшихся по напряженности работы с ЦУ. В одну – объединили обучающихся информационным профессиям, в другую – профессиям строительного профиля отделочного цикла. Оказалось, что жалобы на ухудшение зрения за последний год чаще встречались в первой группе, т. е. среди подростков интенсивно эксплуатирующих ЦУ (48,2%) по сравнению с их сверстниками из второй группы, которые значительно меньше используют ЦУ в процессе обучения (25%) [6].

Новым видом психического расстройства, связанным с цифровой средой, признана игромания с чрезмерным увлечением компьютерными и видеоиграми (разделяют компьютерную игроманию и интернет-зависимость). Обследование старшеклассников Москвы выявило интернет-зависимость у 4,3% из них, 29,3% – злоупотребляли интернет-ресурсами [7]. Для организации работы с родителями по профилактике этих поведенческих рисков у детей и подростков важно анализировать социально-психологические особенности семей, способствующие их формированию. В этой связи изучались стили родительского воспитания, повышающие вероятность развития интернет-зависимого поведения детей [8].

В настоящее время недостаточно изучен потребляемый детьми и подростками контент и его воздействие на их интеллектуальную сферу и личность, что крайне важно для разработки рекомендаций по информационной гигиене.

Изучение распространенности у детей из семей с различным социальным статусом отклонений здоровья, обусловленных бесконтрольно длительным использованием ЦУ, выявило риски целого ряда нарушений детского здоровья, связанных с социально-экономическим положением и социокультурным уровнем семьи. В частности, сравнение состояния зрительного и костно-мышечного аппарата детей из благополучных семей (активно использующих

ЦУ) и из группы «социального риска» показало, что среди вторых реже встречается ортопедическая и офтальмологическая патология, характерная для частого и продолжительного использования ЦУ. Специалисты объяснили это меньшей доступностью, менее длительным и более редким использованием современной цифровой техники детьми из группы «социального риска» [9]. Такой вывод не единичен. В статье, основанной на анализе зарубежных работ, авторы пришли к заключению, что высокий уровень образования и социального статуса семьи ребенка является одним из значимых факторов риска развития в детском возрасте такой офтальмологической патологии, как миопия. В качестве меры ее профилактики называется родительский контроль за использованием детьми ЦУ [10].

Не умаляя развивающий потенциал ИКТ, ученые подчеркивают, что использование ЦУ требует регламентации с учетом возрастных возможностей человеческого организма. Ставится вопрос о профилактике отклонений здоровья, обусловленных интенсивным взаимодействием детей и подростков с цифровой средой, использованием ЦУ без учета гигиенических рекомендаций.

Семьи различаются по своему потенциалу профилактики патологий у детей, обусловленных чрезмерным использованием ЦУ. Имеется в виду уровень понимания родителями важности регламентации использования ЦУ детьми, возможности семей в осуществлении необходимого контроля, другие условия, значимые для предупреждения негативных последствий для здоровья использования ЦУ (обеспечения детей занятиями спортом, полноценным отдыхом и проч.). Оценки родителями риска для здоровья детей неупорядоченного использования ЦУ и их установки на контроль взаимодействия детей с цифровой средой нужно учитывать в просветительской работе с семьями с целью ориентации их на формирование культуры использования ЦУ у детей и подростков. Эта культура является составной частью самосохранительного поведения человека, предполагая развитие самоконтроля. Просветительские компании нуждаются в социологическом сопровождении с целью отслеживания эффективности проводимой работы.

Список литературы

1. Вятлева О. А., Курганский А. М. Мобильный телефоны и здоровье детей 6-10 лет: значение временных режимов и интенсивность излучения // Здоровье населения и среда обитания. 2017. №8 (293). С. 27-30.
2. Опасная связь: ученые доказали вредность мобильных телефонов для детей // Известия IZ [сайт]. 04.09.2019. URL: <https://iz.ru/917164/anna-urmantceva/opasnaia-sviaz-uchenye-dokazali-vrednost-mobilnykh-telefonov-dlia-detei> (дата обращения 20.03.2022).
3. Новикова И. И., Зубцовская Н. А., Романенко С. П., Кондращенко А. И., Лобкис М. А. Исследование влияния мобильных устройств связи на здоровье детей и подростков // Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2020. Т.14. №2. С.95-103.

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-vliyaniya-mobilnyh-ustroystv-svyazi-na-zdorovie-detey-i-podrostkov/viewer>.

4. Новикова И. И., Юрк Д. Е., Сорокина А. В., Лобкис М. А., Зубцовская Н. А. Гигиеническая оценка влияния ограничений в использовании сотовых телефонов на двигательную активность и здоровье школьников // *Здоровье населения и среда обитания*. 2020. № 8 (329). С. 10-14.
5. Скоблина Н. А. Милушкина О. Ю. Татаринчик А. А., Федотов Д. М. Место гаджетов в образе жизни современных школьников и студентов // *Здоровье населения и среда обитания*. 2017. № 7 (292). С. 41-43.
6. Шубочкина Е. И., Иванов В. Ю., Чепрасов В. В. Использование подростками информационных технологий в образовательном процессе и досуге как актуальная проблема здоровьесбережения // *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2020. №1. С. 28-33.
7. Малыгин В. Л., Меркурьева Ю. А., Хомерики Н. С., Антоненко А. А., Смирнова Е. А. Интернет-зависимое поведение: биологические, психологические и социальные факторы риска формирования у подростков // *Профилактика зависимостей*. 2015. № 4. С. 61-65.
8. Смирнова Е. А. Особенности семейного воспитания интернет-зависимых подростков // *Ярославский педагогический вестник*. 2013. № 1. Т.2. С. 246-252.
9. Тончева К. С., Быкова Н. Л., Сарчук Е. В. Влияние современных гаджетов на здоровье детей школьного возраста: аспекты проблемы // *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2020. №3. С.29-33.
10. Тарутта Е. П., Проскурина О. В., Тарасова Н. А., Маркосян Г. А. Анализ факторов риска развития близорукости в дошкольном и раннем школьном возрасте // *Анализ риска здоровью*. 2019. №3. С.26-33.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ РОССИИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ивахненко Г. А.

Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра
Российской академии наук, 117 218, Москва, Россия

Резюме. В статье систематизированы результаты ретроспективного анализа исследований, посвященных изучению здоровья студенческой молодежи, проведенных российскими учеными в XIX-XXI вв. В качестве источника информации выступили более 60 научных работ (монографии, статьи, сборники конференций, электронные источники). Для анализа материала использовался социологический метод неформализованного (субъективного анализа) научных документов.

Ключевые слова: здоровье, студенты, исследование, ретроспектива, анализ литературы.

RESEARCH IN THE FIELD OF STUDYING THE HEALTH OF RUSSIAN STUDENTS: LITERATURE REVIEW

Ivakhnenko G. A.

Institute of Sociology of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, 117 218, Moscow, Russia

Abstract. The article systematizes the results of a retrospective analysis of studies on the health of students conducted by Russian scientists in the XIX- XXI centuries. More than 60 scientific papers (monographs, articles, conference collections, electronic sources) were used as a source of information. The sociological method of informal (subjective analysis) of scientific documents was used to analyze the material.

Keywords: health, students, research, retrospective, literature analysis.

Начало исследований студенческих коллективов относятся к концу XIX – началу XX веков. Немногочисленные работы этого периода, по данным Кичи Д. И. и Паначиной М. И., посвящались половой жизни студентов [1]. Они дают также представление о физическом развитии и экономическом положении учащихся. Наиболее подробно сексологические проблемы рассмотрены Д. И. Жбановским и М. А. Членовым [1].

С целью усиления внимания к вопросам гигиены в учебных заведениях изучал состояние здоровья студентов Э. К. Розенталь [2;3].

После Великой Октябрьской социалистической революции в 20-30 гг. XX в. широко развернулись социально – гигиенические исследования студентов с основательной разработкой программы и методики. Наметилось развитие психо-физиологических и клинично-функциональных методов [1].

Наряду с этим некоторые работы были посвящены изучению отдельных сторон труда, быта, питания, бюджета времени студентов (Бурданский И. М., Юровская М. А., Поляков Е. В., Шмерлинг С. Г., Сидорова Н. И. и др.). В целом в работах этого периода сделаны выводы об увеличении в среде студентов числа выходцев из крестьянства и пролетариата и росте числа женщин – студенток, эффективности диспансеризации и снижения уровня тяжелых инфекций. Отмечены низкое санитарное состояние жилых помещений, занятых студентами, недостаточное питание, загруженность студентов подработками. География исследований охватывала Москву, Харьков, Томск, Омск, Горький, Куйбышев. Были исследованы студенты медицинских, технологических, инженерных специальностей, рабфаковцы [4].

В 40-50-е гг. XX в. интерес к социально-гигиеническим исследованиям в студенческой среде ослабевает и сводится к изучению принципов медицинской помощи, физического развития учащихся высшей школы (Гитман Н. В., Баткис Г. А. и др.) и бюджета времени студентов (Кривицкая Э. И., Годик Е. И. и др).

Наибольшее число научных исследований по проблеме здоровья студенческой молодежи приходится на 60-80-е гг. XX в. В это время интерес специалистов различного профиля привлекают практически все стороны жизни студенчества: социально – демографические процессы, социально – гигиенические условия учебы, быта, отдыха и образа жизни студентов, вопросы питания и др. (Скобин А. Т., Рябова Н. В., Боярский А. П., Артюшенко И. С.).

Исследования этого периода показали, что в системе обучения в высшей школе произошли изменения, связанные с ростом информации, интенсификацией умственного труда студентов, введением новых форм и методов обучения, ростом суммарной учебной нагрузки.

В 90-е гг. изучению различных аспектов здоровья студентов были посвящены многочисленные работы ученых (Грошева Т. Н., Веселова В. В., Лебедева Н. Т., Ахмерова С. Г., Некипелов М. И., Ляхович А. В., Миннинбаев Т. Ш., Русанова Е. И., Путин М. Е. и др.).

Наиболее серьезной проблемой в исследованиях последнего десятилетия XX века называлось ухудшение состояния здоровья студентов за период обучения в вузе. Основными причинами этого, по мнению ученых и медиков, стала экономическая и политическая нестабильность в стране и резкое падение уровня жизни населения.

Сохранение и укрепление здоровья студентов имеет высокую значимость для российских ученых и в наши дни (Артеменков А. А., Горбачева Н. А., Нуриев И. Т., Проскурякова Л. А., Никулин Д. И. и др. Отличительной особенностью отечественных исследований по проблемам здоровья студенчества, проведенных за последний 15-20 лет, является их региональный характер.

Несмотря на то, что уровень и структура заболеваемости студенческой молодежи в разных регионах, по данным исследователей, существенно различаются, серьезной проблемой остается общая для всей страны тенденция ухудшения состояния здоровья студентов.

Основными причинами возрастания заболеваемости среди учащейся молодежи и уменьшения числа здоровых студентов за последний 15-20 лет, по мнению подавляющего числа авторов, могли стать существенные изменения в структуре и содержании образовательного процесса в вузах, увеличившиеся требования к профессиональным знаниям и умениям выпускников, не соответствие условий обучения в вузах санитарно-гигиеническим требованиям

(Рахманин Ю. А., Ушаков И. Б., Соколова Н. В., Рапопорт И. К., Русанова Е. И., Шубочкина Е.И. и др.).

Анализ литературы по теме здоровье студентов за последние 15-20 лет показал, что здоровье учащихся вузов – это сегодня недостаточно изученный аспект студенческой жизни.

Вместе с тем, в течение последних лет продолжают появляться наработки, связанные с изучением проблем здоровья и здорового образа жизни учащихся в рамках образовательного процесса высшей школы. К наиболее важным темам относятся:

- общие вопросы здоровья студенческой молодежи (Абаскалова Н. Б., Агаджанян Н. А., Добромыслова О. П., Кураев Г. А., Лавриненко В. П. и др);
- влияние различных факторов на формирование здоровья и образа жизни студентов (Решетников А. В., Дисси Э. А., Иванова Т. А., Николаев В. Г., Пивоваров А. Н., Полякова Э. Н., Понамарев В. В., Русина Н. А., Щедрина А. Г. и др.);
- распространение алкоголизма, наркомании, табакокурения в студенческой среде (Аверина Е. В., Александров А. А., Александрова В. Ю., Прохоров А. В. и др.);
- особенности самосохранительного поведения студентов (Журавлева И. В., Малоземов О. Ю., Назарова И. Б. и др.);
- здоровьесберегающие технологии в российских вузах (Лядова Н. В., Дубов К. В., Акимова А. Н., Булатова Г. А., Гимазов Р. М., Артемьева Л.О. и др.);
- влияние компьютерной зависимости на здоровье молодежи, здоровье миллениалов (Чичерин Л. П., Нагаев Р. Я., Радаев В. В. и др.).

Наибольшую популярность в связи с пандемией набирает информация о рисках распространения коронавирусной инфекции в высших учебных заведениях. В связи с этим обсуждается важность вакцинации и необходимость применения различных мер профилактики среди студентов и преподавателей (тестирование на COVID-19, сохранения онлайн – формата обучения и др.) [5].

В качестве мер по укреплению здоровья студентов современные специалисты предлагают активную пропаганду здорового образа жизни, повышение уровня массовой оздоровительной и спортивной работы в учебном заведении, оптимизацию учебного процесса на основе применения современных и здоровьесберегающих технологий, улучшение быта, питания, и отдыха студентов и др. [6, 7, 8].

Список литературы

1. Кича Д. И., Паначина М. И. История социально-гигиенических исследований студентов. Советское здравоохранение. 1987, №7. С. 63-66.

2. Антонова Л. Т., Сердюковская Г. Н. О проблеме оценке состояния здоровья детей и подростков в гигиенических исследованиях. Гигиена и санитария. 1995, №6. С. 22-28.
3. Нуштаев, И. А. К истории научных медицинских обществ в Саратове. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001, № 1 . С. 56-57.
4. Нефедовская Л. В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. М.: Литтерра, 2007. С.14
5. Лечись, студент: вторая волна COVID-19 может начаться с университетов. Обращение к сайту <https://iz.ru/1039514/mariia-nediuk-anna-urmantceva/lechis-student-vtoraia-volna-covid-19-mozhet-nachatsia-s-universitetov>. 25.03.2022.
6. Таутиев Т. В., Ткаченко Ю. А. Забота о здоровье студента как важное направление деятельности современного вуза. Научная мысль. 2019, № 2, С. 30-35.
7. Reshetnikov A. V., Prisyazhnaya N. V., Reshetnikov V. A., Efimov I. A., Mikerova M. S., Bocharova M. O. The perception of healthy lifestyle among students of medical schools. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research. 2020, №1. С. 67-74.
8. Решетников А. В., Присяжная Н. В., Решетников В. А., Ефимов И. А. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских ВУЗов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018, № 4. С. 201-208.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Иевлева О. В.¹, Асташкевич Е. В.¹, Скоблина Е. В.²

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

²Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

Резюме. Цель работы: изучить субъективное отношение студентов-медиков к проведению гигиенического воспитания детей и подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Материалы и методы. Проведено анкетирование 317 студентов-медиков (108 юношей и 209 девушек). Исследование одобрено ЛЭК РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Статистическая обработка проводилась с использованием Statistica 10.0. Результаты и их обсуждение. 87,0% юношей и 90,9% девушек считают, что необходимо вводить в программу обучения детей и подростков занятия по половому воспитанию. Заключение. Студенты-медики потенциально готовы к проведению работы по половому воспитанию детей и подростков и готовы повышать свою квалификацию по теме.

Ключевые слова: охрана репродуктивного здоровья детей и подростков, гигиеническое воспитание, студенты-медики

THE POSITION OF MEDICAL STUDENTS ON THE HYGIENIC EDUCATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS ON THE ISSUES OF REPRODUCTIVE HEALTH CARE

Ievleva O. V.¹, Astashkevich E. V.¹, Skoblina E. V.²

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

²Institute for Demographic Research – Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Summary. The aim of the work: to study the subjective attitude of medical students to the hygienic education of children and adolescents on issues of reproductive health care. Materials and methods. The survey of 317 medical students (108 boys and 209 girls) has been carried out. The study has been approved by the local ethics committee of Pirogov Russian National Research Medical University. Statistical processing has been carried out by using Statistica 10.0. Results and discussion. 87.0% of boys and 90.9% of girls believe that it is necessary to introduce sex education classes into the curriculum for children and adolescents. Conclusion. Medical students are potentially ready to carry out work on sexual education of children and adolescents and they are ready to improve their skills in this field.

Key words: reproductive health of children and adolescents, hygienic education, medical students

Актуальность. В Российской Федерации с 2019 года реализуется национальный проект «Демография», одной из задач которого является охрана репродуктивного здоровья. Охрана репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации признана важнейшей государственной задачей. Ее важность определяется тем, что репродуктивное здоровье оказывает влияние на достижение государством таких первостепенных демографических задач, как, например, увеличение рождаемости.

Особое внимание должно быть уделено состоянию репродуктивного здоровья подрастающего поколения [1, 2].

В то же время такой раздел гигиенического воспитания населения, как половое воспитание детей и подростков остается наиболее дискуссионным как в России, так и за рубежом. Авторы подчеркивают, что вопрос остается острым и не решенным в силу политических, социокультурных и других препятствий [3-5].

В связи с этим, остается не ясным как относятся к проблеме студенты-медики – будущие врачи, которые в дальнейшем призваны к проведению профилактической работы и гигиенического воспитания различных групп населения. В то же время подготовка в медицинском ВУЗе должно готовить будущего врача к проведению профилактической работе и гигиеническому воспитанию детей и подростков [6, 7].

Цель работы: изучить субъективное отношение студентов-медиков к проведению гигиенического воспитания детей и подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. Исследование было выполнено в 2020-2021 годах с помощью анонимного анкетирования. Вопросы, предложенные респондентам, базировались на литературных данных по проблеме и были составлены специалистами кафедры гигиены педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, имеющими сертификат специалиста «Гигиеническое воспитание», «Гигиена детей и подростков», «Эпидемиология».

Были опрошены 317 студентов-медиков РНИМУ им. Н. И. Пирогова (108 юношей и 209 девушек), что согласно методике К. А. Отдельниковой позволило обеспечить критический уровень значимости $p \leq 0,05$. Средний возраст опрошенных юношей и девушек не имел достоверных различий и составил $19,2 \pm 0,2$ и $19,4 \pm 0,3$ лет соответственно.

Критерием включения результатов опроса в исследование являлось: принадлежность к опрашиваемой группе респондентов, корректность заполнения формы, период проведения опроса, наличие добровольного согласия. Критериями исключения – отсутствие принадлежности к опрашиваемой группе респондентов, некорректное заполнение опросника, не полностью заполненный опросник, отсутствие добровольного согласия. При проведении анкетирования опросник предваряла информация о целях, задачах выполняемого исследования, его актуальности, правилах заполнения.

Исследование одобрено ЛЭК РНИМУ им. Н. И. Пирогова (Протокол № 159 от 21.11.2016 года) и выполнялось в рамках НИР (Номер государственного учета НИОКТР АААА-А19-119021890068-7 от 18 февраля 2019 года), не подвергало опасности участников, соответствовало требованиям биомедицинской этики, для каждого участника было получено добровольное информированное согласие.

По результатам была оформлена База данных «Отношение студентов и студентов-медиков к проведению гигиенического воспитания населения и роли интернет-ресурсов в данном процессе (на примере охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения), свидетельство о регистрации базы данных 2021622290 от 26.10.2021 года и База данных «Исследования

менструальной функции у девушек-подростков (1995-2002 г.р.), свидетельство о регистрации базы данных 2020622018 от 23.10.2020 года.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0 (StatSoft, США). Для оценки значимости различий средних величин использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В ходе анкетирования респондентам был задан вопрос: «Как часто в процессе Вашего обучения затрагивалась тема "Половое воспитание"»? Достоверных возрастно-половых различий при статистической обработке ответов студентов-медиков выявлено не было. Практически половина респондентов получали информацию по теме в ходе всего процесса своего обучения редко и еще треть совсем не получали данную информацию (Рисунок 1).

При этом подавляющее число респондентов (87,0% юношей и 90,9% девушек) считают, что необходимо вводить в программу обучения детей и подростков занятия по половому воспитанию, которые будут вести специально обученные преподаватели с учетом возрастно-половых особенностей обучающихся.

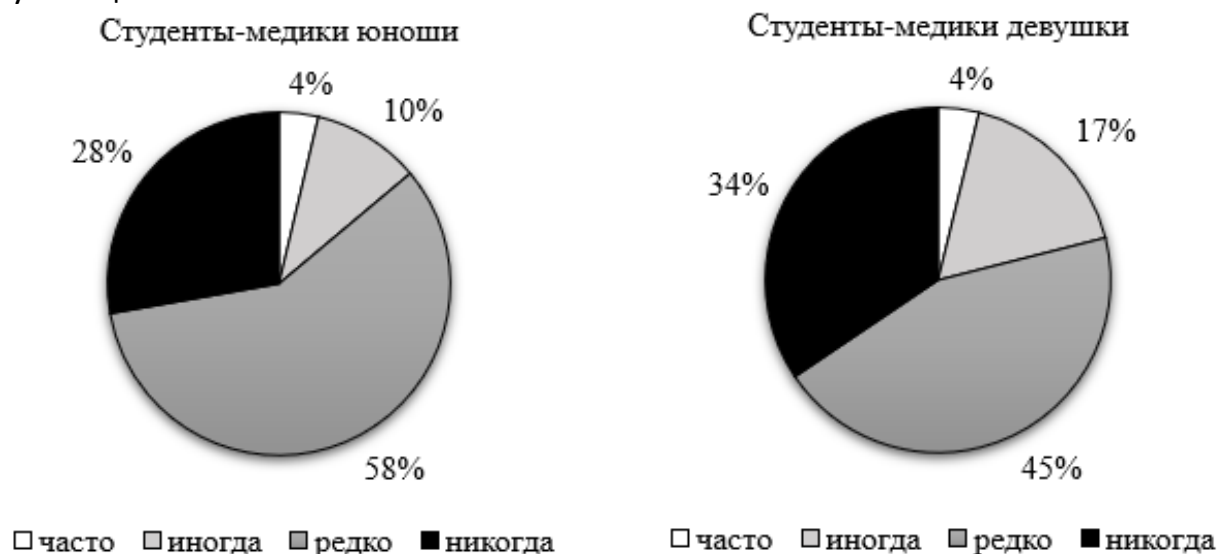


Рисунок 1. – Как часто в течение обучения студенты-медики получали информацию по теме «Половое воспитание», %

Будущие врачи потенциально готовы к проведению такой работы с учетом уже имеющихся знаний, и кроме того, готовы посещать бесплатные курсы и вебинары как на базе медицинских организаций, так и в рамках Непрерывного Медицинского Образования для специалистов. Готовность повышать свои знания по проблеме выразили практически одинаковое число юношей (79,0%) и девушек (80,9%).

Таким образом, студенты-медики положительно относятся к включению вопросов полового воспитания в процесс обучения детей и подростков, но при этом отметили, что сами получали недостаточное количество такой информации.

В современной литературе присутствует точка зрения, что половое воспитание необходимо рассматривать как компонент целостного педагогического процесса. Половое воспитание подрастающего поколения связано с нравственным, физическим, эстетическим, умственным развитием, сохранением репродуктивного и трудового потенциала [3, 8].

И хотя впервые идея привлечения врачей к участию в половом просвещении населения была высказана еще в 1912 году на I Всероссийском съезде по семейному воспитанию, однако, по нашему мнению, сегодня врачи недостаточно привлечены к половому воспитанию подрастающего поколения.

В то же время проведение полового воспитания девушек демонстрирует свою эффективность. Так китайские исследователи провели сравнение репродуктивного здоровья девушек, получающих стандартные медицинские услуги местных органов власти, и девушек, получающих образовательное вмешательство в дополнение к рутинным услугам. Образовательная программа на уровне общины, ориентированная на незамужних трудящихся девушек, оказалась эффективной для существенного улучшения их знаний о репродуктивном здоровье, их отношения и поведения к здоровью [9].

Заключение. В настоящем исследовании установлено, что студенты-медики потенциально готовы к проведению работы по половому воспитанию детей и подростков и готовы повышать свою квалификацию по данной теме.

Список литературы

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Ануфриева Е. В. и др. Оценка качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вестник Российской академии медицинских наук. 2017; 72(3): 180-194.
2. Ганузин В. М., Маскова Г. С., Сторожева И. В. и др. Анализ динамики состояния здоровья детей и подростков по результатам диспансерных осмотров. Российский вестник гигиены. 2021; (3):9-12. DOI: 10.24075/rbh.2021.019.
3. Чернышева С. В. Гендерный подход в половом воспитании подростков. Символ науки: международный научный журнал. 2015; 5:238-241.
4. Бланц О. Б., Есина С. В. Представления о сексуальном воспитании у врачей-гинекологов, родителей и подростков. Молодой ученый. 2018; 1(1):4-7.
5. Hall K. S., McDermott Sales J., Komro K. A. et al. The State of Sex Education in the United States. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2016; 58(6):595-597. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.032>.
6. Попов В. И., Либина И. И., Губина О. И. Проблемы совершенствования и оптимизации учебного процесса в медицинском вузе. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2010; 5(1):185-186.
7. Попов В. И., Мелихова Е. П. Изучение и методология исследования качества жизни студентов. Гигиена и санитария. 2016; 95(9):879-884.

8. Никифорова В. А. К вопросу о половом воспитании. Молодой ученый. 2016; 19 (123) : 374-376. URL: <https://moluch.ru/archive/123/33995/> (дата обращения: 23.03.2022).
9. Zhu C., Geng Q., Chen L. et al. Impact of an educational programme on reproductive health among young migrant female workers in Shenzhen, China: An intervention study. Int J Behav Med. 2014; 21(4): 710-8.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЦЕВЫХ МАСОК В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Кадейкина А. А.¹, Ханенко О. Н.²

¹ Учреждение образования «Международный государственный экологический институт имени А.Д. Сахарова» Белорусского государственного университета,
г. Минск, Республика Беларусь

² Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Резюме: Результаты анонимного анкетирования в форме онлайн-опроса с участием 212 респондентов возрасте от 17 до 25 лет из числа студентов различных ВУЗов Республики Беларусь, установлено, что 12,3% респондентов в настоящее время не носят маски, а из числа тех, кто использовал эту меру профилактики в начале пандемии COVID-19 приверженность к применению масок в настоящее время сохранена только для 40,1% лиц.

Ключевые слова: COVID-19, неспецифическая профилактика, лицевые маски, приверженность студентов практике применения лицевых масок.

STUDENT COMMITMENT TO FACE MASK PRACTICE IN THE CONTEXT OF COVID-19 INFECTION

Kadeikina A. A., Hanenko O. N.

International Sakharov Environmental Institute of Belarusian State University,
Minsk, Republic of Belarus

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Resume: The results of an anonymous survey in the form of an online survey involving 212 respondents aged 17 to 25 from among students of various

universities of the Republic of Belarus found that 12.3% of respondents do not currently wear masks, but of those who used this measure prevention at the beginning of the COVID-19 pandemic, adherence to the use of masks is currently maintained only for 40.1% of persons.

Key words: COVID-19, non-specific prevention, face masks, students' commitment to the practice of using face masks.

Широкое использование лицевых масок населением в условиях текущей пандемии новой коронавирусной инфекции сыграло решающую роль в многоуровневом подходе по профилактике COVID-19 [1-4].

Вместе с тем, несмотря на широкое информирование населения о правилах соблюдения «масочного режима» для предотвращения распространения возбудителей респираторных заболеваний, в т.ч. вируса SARS-CoV-2, приверженность практике широкого применения лицевых масок в современном обществе, включая наиболее социально активные группы населения, например студенческую среду, претерпевает изменения, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель работы – оценить знание, отношение и практику использования лицевых масок среди студентов ВУЗов страны в условиях эпидемического процесса COVID-19 на современном этапе.

Методология настоящего исследования основывалась на проведении анонимного анкетирования сплошного типа (опрос всех представителей выборки) по принципу самоотбора (участие в опросе – выбор респондента). Площадкой для создания онлайн-опроса по типу CAWI, сбора данных и фактической первичной статистической обработкой послужил Google Forms (forms.google.com). Вопросы, предлагаемые к анкетированию, разработаны с учетом руководящих принципов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по использованию масок для лица, а также обзора научной литературы по теме опроса [1-4]. Структура анкеты включала в себя 38 вопросов с разбивкой на четыре раздела. Первый блок вопросов о базовых данных респондента, исключал возможность идентификации отдельного респондента. Личные данные, например, ФИО респондента и другие паспортные данные, в т.ч. адрес проживания, контактный номер телефона опрашиваемого лица, изначально не предусматривались для включения в анкету, так как участники анкетирования могут иметь опасения неправомерного использования личных данных и, соответственно, сознательно неверно отвечать на поставленные вопросы. Второй раздел анкеты с обязательными к ответу вопросами полуоткрытого типа позволил объективно оценить уровень социальной активности и степень социальных контактов респондентов, учитывая бесспорный факт интеграционного свойства, обучающегося в высшем учебном

заведении (целевая группа респондентов) осуществлять осознанное, детерминированное (преимущественно им самим) взаимодействие с социальной средой. Третий блок анкеты включал полуобязательные и необязательные для ответов вопросы для последующей оценки отношения респондентов к вакцинации против COVID-19. Четвертый раздел анкеты из обязательных вопросов полуоткрытого типа относительно неспецифической защиты в условиях COVID-19 составил генеральную часть анкетирования.

С 23 марта 2022 года по 4 апреля 2022 года, т.е. менее чем за две недели от момента размещения онлайн-опросника, в анкетировании приняли участие 212 студентов от 17 до 25 лет (средний возраст генеральной выборки – 22 года), из 12 ВУЗов страны: БГУ, БГУИР, БГЭУ, МГЛУ, БНТУ, БГУКИ, БГУФК, БГМУ, ВГМУ, ГГУ им. Ф. Скорины, МИТСО, АУПРБ. Такая, на наш взгляд, повышенная активность участников в выборе предлагаемой тематики онлайн-опроса, может быть связана с продолжающимся интересом студенческой аудитории к теме профилактики COVID-19.

Из 212 респондентов студенты 1 курса обучения составили 31 человек (14,6%); 2 курса – 16 человек (7,5%); 3 курса – 26 человек (12,3%); 4 курса – 124 человека (58,5%); 5 курса – 9 человек (4,2%); 6 курса – 2 человека. На обучение в магистратуре указали 3 человека; в аспирантуре – 1 человек. Наибольшее число участников опроса – 98,6% из 209 опрошенных лиц, являлись студентами дневной формы обучения. На ежедневную продолжительность аудиторных занятий от 4 до 6 часов указали 60,4% респондентов, а у 25% опрошенных студентов аудиторные занятия ежедневно составляют от 6 до 8 часов.

По результатам анкетирования также установлено, что проживают в общежитиях более половины участников – 52,8% человек, в частном доме/квартире – 31,1% опрошенных лиц, 14,6% – студентов арендуют жильё. При этом в постоянном контакте по месту проживания с ещё 1 человеком находится 24,1% респондентов, с ещё 2 людьми – 34,4%, с ещё 3 людьми – 28,8% человек.

Из 212 студентов ВУЗов, принявших участие в настоящем анкетировании, 71 человек или 33,5% указали на трудовую занятость в процессе обучения. Выполнение дистанционных видов работ отметили только 12 студентов из числа трудоустроенных лиц (или 16,9%), тогда как 20 человек или 28,1% обозначили свою занятость в сфере обслуживания, а 14 человек или 19,7% – в сфере здравоохранения.

Болели COVID-19 к моменту участия в настоящем опросе 123 респондента (или 58%) из числа 212 опрошенных лиц, не болели COVID-19 – 33 человека (или 16%), а 56 опрошенных студентов (или 26%) затруднились ответить на вопрос.

По результатам оценки фактора доверия респондентов к различным рекомендациям по профилактике COVID-19 большая часть – 157 человек (или

74,1%) из 212 опрошенных студентов отдает предпочтение рекомендациям ВОЗ, научным исследованиям и опубликованным по ним статьям. Но вместе с этим, из 112 не вакцинированных против COVID-19 респондентов – 70 человек или 53,8% не планируют вакцинироваться в принципе, а из числа 6 лиц, находящиеся к моменту настоящего анкетирования в процессе вакцинации против COVID-19, в 50% случаев не собираются её завершать.

Анализируя поведение студентов ВУЗов по применению масок, установлено, что более половины участников настоящего опроса не соблюдают правила «масочного режима» и не используют собственные маски надлежащим образом, несмотря на то, что 159 респондентов или 75% считают данное направление основной мерой безопасности, приемлемой в условиях COVID-19. Ненадлежащее применение лицевых масок студентами может быть связано, например, с последствиями для здоровья. Так, из 212 человек – 146 участников анкетирования или 68,9% связывают регулярное ношение масок с возникновением дерматологические проблемы кожи лица. Несоблюдение на должном уровне «масочного режима» 67 участников анкетирования (или 31,6%) связывают с их стоимостью, а 22 опрошенных студентов (или 10,4%) – с недостаточной осведомленностью по данной тематике. Признают приоритет законодательной ответственности в обязательном применении масок населением 36,8% анкетлируемых лиц. Стоит также отметить также, что только 85 участников анкетирования (или 40,1%) в сравнении с началом пандемии в настоящее время применяют практику по ношению масок, а 26 респондентов (или 12,3%) не используют маски вовсе.

Таким образом, социальная активность студенческого сообщества на фоне недостаточной приверженности к вакцинации против COVID-19 и происходящих отрицательных изменений по применению масок требует активизации усилий в многоуровневом подходе профилактики новой коронавирусной инфекции в современных условиях.

Список литературы

1. COVID-19 – этиология, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика : учеб.-метод. пособие / Н. Д. Коломиец, [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2020. – 222 с.
2. Выбор средств индивидуальной защиты при COVID-19 / О. Н. Ханенко [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2020. – Т. 9, № 2. – С.170-185.
3. Применение масок в контексте COVID-19. Временные рекомендации от 5 июня 2020 г. // Всемирная организация здравоохранения, 2020. – 20 с.
4. Применение масок в условиях COVID-19. Временные рекомендации от 1 декабря 2020 г. // Всемирная организация здравоохранения, 2020. – 28 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Корнейко П. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме: медико-социальные аспекты предпенсионного возраста, присутствующие в нормативных документах Республики Беларусь, регулируют аспекты, социальную защиту и профессиональную реализацию лиц предпенсионного возраста, однако проанализированные в статье направления с которыми сталкивается государство и общество в связи с наступлением предпенсионного возраста, требуют повышенного внимания с целью улучшения здоровья и качества жизни населения предпенсионного возраста в Республике Беларусь.

Ключевые слова: предпенсионный возраст, Республика Беларусь.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF PRE-RETIREMENT AGE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Korneiko P. L.

Education Establishment "Grodno State Medical University",
Grodno, Republic of Belarus

Summary: medical and social aspects of pre-retirement age, present in the regulatory documents of the Republic of Belarus, regulate aspects, social protection and professional realization of persons of pre-retirement age, however, the areas analyzed in the article that the state and society are facing in connection with the onset of pre-retirement age require increased attention from the purpose of improving the health and quality of life of the population of pre-retirement age in the Republic of Belarus.

Key words: pre-retirement age, Republic of Belarus.

Введение: проблема повышения пенсионного возраста с одновременным повышением предпенсионного возраста и осмысления социально-экономических и политических последствий подобной реформы актуальна для целого ряда стран. С 1 января 2017 года эти изменения коснулись и Республики Беларусь. Как следствие, население Республики

Беларусь вынуждено адаптироваться к изменяющимся социально-экономическим условиям и учитывать целый ряд рисков, связанных с более поздним выходом на пенсию.

Цель исследования: на основании анализа нормативных документов, регулирующих предпенсионный возраст в Республике Беларусь, выявить медико-социальные аспекты, с которыми сталкивается государство и общество в связи с наступлением предпенсионного возраста.

Материалы и методы:

1. Проведен анализ подходов, определяющих понятие предпенсионного возраста.
2. Изучены нормативные документы, регулирующие охрану здоровья, социальную защиту и профессиональную реализацию лиц предпенсионного возраста.
3. Определены направления, требующие проработки с целью улучшения здоровья и качества жизни населения предпенсионного возраста в Республике Беларусь.

Результаты и обсуждение анализов подходов, определяющих понятие старших возрастов, показал следующее.

Определение предпенсионного возраста, принятого в Республике Беларусь: с 01.01.2017 года началось поэтапное увеличение общеустановленного пенсионного возраста [2]. Также поэтапно стал расти предпенсионный возраст. В рамках проводимой реформы происходит изменение границы и численности группы предпенсионеров, она становится выше. Группа населения предпенсионеров отражает специфику управленческо-правовой оценки предпенсионеров как социально уязвимой группы, которая подкрепляется поддержкой государства. Предпенсионерам присущи особенности социального положения: переходность статуса, повышение занятости высококвалифицированных работников, возрастная дискриминация, выражающаяся в финансовой составляющей и возможностями трудоустройства. До недавнего времени группа предпенсионеров рассматривалась только в составе группы трудоспособного населения и не выделялась в качестве самостоятельного объекта исследования. С 2000 года с принятием Указа Президента от 12 апреля 2000 г. № 180 «О порядке применения Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29» предпенсионеры выделились в отдельную группу. Предметом данного исследования выступают медико-социальные аспекты предпенсионеров меняющиеся в современных реалиях.

Также следует учитывать, что ежегодно возрастной порог выхода на пенсию меняется, одновременно, меняется и предпенсионный возраст. В 2021 году, например, мужчины выходили на пенсию в 62,5 года, женщины –

в 57,5 года. В 2022 году мужчины будут выходить на пенсию в 63 года, предпенсионный возраст будет составлять 61 соответственно, женщины будут выходить на пенсию в 58 лет, предпенсионный возраст для них будет 56 лет.

Предпенсионный возраст – представляет собой устанавливаемый государством или условно выделяемый возраст на несколько лет ниже пенсионного возраста [5]. В Республике Беларусь вопросы, связанные с обеспечением отдельных трудовых гарантий в части заключения, продления контрактов с гражданами предпенсионного возраста, регулируется Указом Президента от 12 апреля 2000 г. № 180 «О порядке применения Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29» (далее – Указ № 180). Проанализировав указ, следует отметить, что в Республике Беларусь стандартный официальный предпенсионный возраст на 2 года ниже возраста возникновения права выхода на пенсию. Одновременно он может быть ниже и на 5 лет, если так пожелал сам наниматель и подписал необходимое тарифное (отраслевое) соглашение или указал это в своем коллективном договоре [5].

Анализ нормативных документов, регулирующих охрану здоровья, социальную защиту и профессиональную реализацию лиц предпенсионного возраста, показал следующее.

1. Указ Президента от 12 апреля 2000 г. № 180 «О порядке применения Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29» регламентирует понятие предпенсионного возраста, трудовые отношения лиц предпенсионного возраста и работодателя.
2. Указ Президента РБ № 164 от 31.03.2010. О внесении изменения и дополнений в Указ Президента Республики Беларусь от 12 апреля 2000 г. N 180 регламентирует трудовые права работников и права по заключению трудового договора.
3. Указ от 11.04.2016 года №137 «О совершенствовании пенсионного обеспечения» регламентирует права на трудовые пенсии по возрасту и выслуге лет.
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1738 от 13.12.2007 г. определяет перечень документов, на основании которых осуществляется реализация права на государственные социальные льготы, права и гарантии отдельными категориями граждан.
5. Трудовой кодекс Республики Беларусь №296-3 от 26 июля 1999 года регламентирует трудовые отношения между нанимателем и работником.

Направления, требующие проработки.

Для улучшения качества жизни населения предпенсионного возраста необходимо расширять льготы, предоставляемые государством, так в настоящее время предусмотрены следующие льготы:

- определенная защищённая занятость (представляет собой ситуацию, когда работодатель может быть подвергнут административной или уголовной ответственности за необоснованное увольнение предпенсионера);
- определенное право на два оплачиваемых дня для прохождения медосмотров;
- определенное право на прохождение бесплатного переобучения;
- право на получение увеличенного пособия по безработице в течение года.

Расширение гарантий, предоставляемых гражданам предпенсионного возраста представляется важным медико-социальным направлением в улучшении качества жизни населения предпенсионного возраста. Предоставление гарантий по продлению контракта предоставляется работникам предпенсионного возраста, которые добросовестно относятся к работе и не допускают нарушений исполнительской и производственно-технологической дисциплины [5].

Юридическое продление контракта с этой группой работников осуществляется не менее чем до периода достижения общеустановленного пенсионного возраста, а процесс заключения нового контракта осуществляется не менее чем на один год.

Минимизация опасений увольнения работника предпенсионного возраста, которое может наступить по истечении срока действия контракта и будет правомерным в двух случаях:

- при применении к такому работнику мер дисциплинарного взыскания и (или) применении иных мер правового воздействия (к примеру, лишение (снижение) премии);
- при наличии письменного заявления работника об увольнении по истечении срока действия контракта.

Следует выделить отдельное направление категории граждан, которым предусмотрено право более раннего выхода на пенсию. В эту категорию входят женщины с тремя и более детьми, педагоги, медицинские работники, представители работников вредных и опасных производств и другие. Одновременно их предпенсионный возраст будет также ниже. Он будет составлять период в пересчете ниже на столько лет, на сколько ниже пенсионный возраст.

Населению пенсионного и предпенсионного возраста необходимо адаптироваться к изменяющимся социально-экономическим условиям и принимать во внимание целый ряд рисков, связанных с более поздним выходом на пенсию.

Минимизация опасений, с которыми сталкивается предпенсионное население в Республике Беларусь: утратой пенсионных накоплений по причине смерти до достижения пенсионного возраста, трудностей в поиске работы, снижения работоспособности, ухудшения состояния здоровья.

Следует отметить, что большинство граждан предпенсионного возраста воспринимают повышение пенсионного возраста в целом с точки зрения определенных потерь и предпочитают выбор отказа от происходящих изменений. Существуют факторы, которые прямым образом влияют на выбор категории занятости лиц предпенсионного возраста. В ходе опросов отмечается, что готовность к активным переменам присутствует у лиц, которые имеют однозначное намерение продолжить работу после времени наступления пенсионного возраста. В результате чего, медико-социологические аспекты и направления определяют цель описание траекторий занятости, которые выбирает категория граждан предпенсионного возраста в процессе изменения социально-экономических условий в процессе более позднего выхода на пенсию, и обнаружение факторов, которые будут прямым образом влиять на выбор траектории занятости. Глобальное старение населения, с одной стороны, будет усилено грядущими успехами медицины и иных новейших технологий, используемых для улучшения качества жизни, а с другой стороны, именно процесс старения населения создает уникальные возможности для прорыва в области медицины и смежных с ней технологий [6]. Прогноз ожидаемой продолжительности жизни до середины текущего столетия представляется оптимистичным, продолжительность жизни вырастет больше, особенно в развивающихся странах. Группы пожилых людей наиболее часто рассматриваются как составная часть процесса развития, наличие у которых определенных способностей действовать в своих интересах и интересах своего общества должны непосредственно учитываться при разработке документов и программ на различных уровнях. В ближайшее десятилетие большинству стран необходимо будет решать важные задачи в сфере здравоохранения, пенсионного обеспечения и социальной защиты.

Выводы. Анализ нормативных документов, регулирующих охрану здоровья, социальную защиту и профессиональную реализацию лиц предпенсионного возраста свидетельствует о том, что в целом в Республике Беларусь на государственном уровне вопросы предпенсионного возраста решаются комплексно и в дисциплинарном подходе, несмотря на это, сам предпенсионный возраст плохо изучен. Поэтому необходимо выявить

направления для людей предпенсионного возраста к полноценной занятости и выполнению эффективного общественно-полезного труда.

Таким образом, задачей государства и общества является продолжение разработки нормативно-правовой документации по определению предпенсионного возраста и формированию способов его поддержки и социальной защиты.

Список литературы

1. The UN Population Division. UN Population Division Database. Retrieved on the 17th of January, 2016. Режим доступа: <http://www.un.org/esa/population> – Дата доступа: 14.03.2022.
2. О порядке применения Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29: указ Президента Республики Беларусь, 12 апреля 2000 г., № 180 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.etalonline.by/document/?regnum=P30000180>. – Дата доступа: 14.03.2022.
3. Трудовой кодекс Республики Беларусь, 26 июля 1999 г., №296-З. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=hk9900296>. – Дата доступа: 14.03.2022.
4. Состояние рынка труда. Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь. Режим доступа: mlsp@mintrud.gov.by
5. О совершенствовании пенсионного обеспечения : указ Президента Республики Беларусь, 11 апреля 2016 г., № 137 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=P31600137>. – Дата доступа: 14.03.2022.
6. Иванова, М. А. Повышение пенсионного возраста и рынок труда / М. А. Иванова, А. И. Балаев, Е. Т. Гурвич // Вопросы экономики. – 2017. – № 3. – С. 22-39. – doi: 10.32609/0042-8736-2017-3-22-39.

КАТЕГОРИЯ 60 ПЛЮС – КАК ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Корнейко П. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме: прогрессирующее старение населения привело к росту числа лиц категории 60 плюс. Старение населения делает актуальными их проблемы, выражающиеся в первую очередь в ухудшении здоровья, что приводит к формированию уязвимости этой группы населения.

Ключевые слова: категория 60 плюс, показатель старения.

CATEGORY 60 PLUS – AS AN INDIVIDUAL INDICATOR OF BODY AGING

Korneiko P. L.

Education Establishment "Grodno State Medical University",
Grodno, Republic of Belarus

Summary: The progressive aging of the population has led to an increase in the number of people in the 60 plus category. The aging of the population makes their problems urgent, which are expressed primarily in the deterioration of health, which leads to the formation of vulnerability of this population group.

Key words: category 60 plus, aging index.

Введение: термин старение представляет собой возрастную структуру населения старшего возраста. Процесс старения населения обусловлен процессом демографического перехода, при котором происходит улучшение качества здравоохранения, охраны окружающей среды, происходит повышение доступности образования, развитие гендерного равенства, повышение благополучия населения, что позволяет увеличить продолжительность жизни и снизить смертность, но приводят к сокращению рождаемости населения. Сочетание двух направлений – снижение рождаемости и снижения смертности населения, приводит к значительному росту численности населения 60 плюс, что напрямую характеризует сам процесс старения населения.

Цель исследования: на основании анализа категории 60 плюс, выявить медико-социальные аспекты, которые определяют индивидуальный показатель старения данной группы.

Материалы и методы:

1. Проведен анализ подходов, определяющих понятие старости, третьего возраста, категории 60 плюс.
2. Изучены статистические данные характеризующие категорию 60 плюс как индивидуальный показатель старения.
3. Определены подходы в определении старости.

Результаты и обсуждение анализов подходов, определяющих понятие категории 60 плюс, показал следующее.

Первоочередной проблемой на современном этапе остается нарастающий рост заболеваемости пожилых людей, полное отсутствие или недостаточная эффективность медицинских и социальных услуг. В связи с этим возрастает потребность граждан категории 60 плюс в соответствующей медицинской помощи, совершенствовании мероприятий социальной и психологической поддержки, развитии системы долговременной геронтологической помощи и ухода.

73 сессия всемирной ассамблеи здравоохранения, которая проходила 18-19 мая 2020 года одобрила предложение объявить 2021-2030 годы Десятилетием здорового старения [1]. Основным направлением Десятилетия здорового старения является создание условий для наиболее полной и эффективной реализации потенциала пожилых граждан, устойчивого повышения качества их жизни посредством системной адаптации государственных и общественных институтов к проблеме старения населения [1].

Третий возраст. Геронтологи условно разделяют жизнь человека на три периода: первые тридцать лет – познание и обучение, выбор профессии; следующие тридцать – воспитание детей и активная трудовая деятельность; следующие тридцать – так называемый третий возраст [2].

Так называемому третьему возрасту отводится время ограничения приспособительных возможностей организма, снижения процента надежности организма, развития возрастной патологии, то есть непосредственно к самой старости. В более точной хронологической градации третьего возраста принятой Всемирной организацией здравоохранения выделяются подкатегории населения 60 плюс:

- ранняя старость 60-74 года;
- старость 75-89 лет;
- долголетие 90 и более [2].

Как правило граждане третьего возраста имеют высокую квалификацию, знания, опыт, трудовой и интеллектуальный потенциал, которые при эффективном использовании будут способствовать социально-экономическому развитию страны, содействовать выполнению общественных задач, укреплению основ морального и духовного развития, обеспечению целостности и сплоченности нации. Так, принятая в Республике Беларусь Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030» определяет ряд задач, которые раскрывают потенциал граждан третьего возраста:

- обеспечение защиты прав и достоинства пожилых граждан, создание условий для их социальной включенности и всестороннего участия в жизни общества; стимулирование более продолжительной трудовой жизни;
- формирование комфортного уровня дохода пожилых граждан; обеспечение возможности для обучения в течение всей жизни, расширение доступа к получению образования и повышению квалификации;
- создание условий для здоровой и безопасной жизни, активного долголетия;
- развитие социального обслуживания для обеспечения достойного качества жизни пожилых граждан;

- создание адаптированной к потребностям пожилых граждан инфраструктуры и среды жизнедеятельности.

Процесс старения населения, непосредственно, как и старение других организмов представляет собой необратимый биологический процесс с медленной деградацией систем организма человека и наблюдающихся последствий данного процесса. Естественные процессы старения организма человека схожи с процессами старения других млекопитающих, несмотря на это некоторые аспекты этого процесса, такие как потеря умственной деятельности, играют огромное значение для человека.

Старение признано основной *причиной смертности* в развитых странах [1].

По данным статистического комитета Республики Беларусь за 2020 год общая смертность составила 120.470 человек. Из них лица категории 60 плюс составили 69.320 человек, что составляет 57% от общего числа. Общая смертность за 2021 год составила 133.929 человек. Из них лица категории 60 плюс составили 81.696 человек, что составляет 61% от общего числа. Следовательно, большинство граждан Республики Беларусь умирают в возрастной категории 60 плюс [3].

В рамках существующей возможности напрямую повлиять на процессы замедления старения, население до настоящего времени не осознало необходимости концентрирования на процессах старения, несмотря на то, что жизненная активность человека провозглашена основной ценностью в большинстве стран земного шара.

В 2021 году в Республике Беларусь число работающих пенсионеров составляло порядка 620.000 человек, а пенсионные выплаты по стране получают порядка 2.500.000 человек. Таким образом, из всей категории 60 плюс (пенсионного возраста) 24,8% продолжали трудовую деятельность, что подчеркивает актуальность осуществляемых мероприятий по фокусировке борьбы со старением [3].

Научные разработки современной медицины напрямую влияют на продление старости. В настоящее время разработано достаточно мер для того, чтобы отодвинуть наступления старости. Влияние вредных привычек оказывает прямое действие на старость, продление жизни достигается отказом от вредных привычек и ведением здорового образа жизни, а здоровое питание в сочетании с занятием физическим трудом и спортом позволяет продлить жизнь. Умение справляться с стрессовой ситуацией в сочетании с способностью к релаксации позволяет продлить жизнь.

Видовая продолжительность жизни человека, скорее всего, рассчитана на 120-130 лет [4]. От чего зависит продолжительность жизни человека:

- 60% от образа жизни;

- 20% от экологии;
- 10% от генетики;
- 10% от уровня медицинского обслуживания [4].

По данным статистического комитета, продолжительность жизни в Республике Беларусь на 2020 год составляет: у женщин 78 лет, а у мужчин 64 года [3]. Это свидетельствует о том, что порядка 45-60 лет составляет период на который можно повлиять, изменив отношение к категории 60 плюс, согласно видовой продолжительности жизни человека.

Одновременно необходимо отметить, что количество граждан в Республике Беларусь старше 100 лет на 1 января 2022 года составляет 380 человек, что составляет 0,004% от общего количества населения, которое составляет 9.349.645 человек [3]. По данным ВОЗ на 1 января 2021 года количество лиц старше 100 лет в Мире составляет ориентировочно 533.000 человек, что составляет 0,000006% от количества людей на Земле [1].

Подходы определения старости. Существуют несколько подходов к определению старости. Геронтологи определяют старость как период жизни человека, затрагивающий период утраты возможности человеческого организма к продолжению рода до непосредственно самой смерти. Старость проявляется наблюдающимися изменениями уровня здоровья, снижением умственной деятельности с одновременным снижением основополагающих функций организма.

Научные труды психологов позволяют выделить старость как финальный период жизненного пути, сопровождающийся изоляцией от разносторонней жизни общества [4].

Философы выделяют старость как процесс износа организма с одновременным падением его приспособительных реакций (мыслительные процессы, дееспособность и т.д.), с наступающим приближением смерти [4].

Старость представляет собой завершение жизненного пути, так называемую вторую молодость. Старость представляет собой жизненный этап, которого нельзя избежать, который познает каждый человек. Временной промежуток старости протекает у всех по-разному, возникающие аспекты старости разнообразны и многогранны.

Старость представляет собой заключительный этап существования организма – процесса, который протекает с момента рождения человека. Данный процесс протекания старости напрямую зависит как от генетических факторов, так и от образа жизни индивидуально каждого человека, а категория населения 60 плюс напрямую отображает процессы старения.

Выводы:

1. Категория 60 плюс напрямую отражает показатели старения, однако сама категория как трудовой потенциал изучена на недостаточном уровне, что ставит задачи по дальнейшему изучению данной категории.
2. Подытожив, задачей государства является продолжение разработки нормативно-правовой документации по определению отношения к категории 60 плюс и формированию способов их поддержки и социальной защиты.

Список литературы

1. О Национальной стратегии Республики Беларусь "Активное долголетие – 2030" [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 3 дек. 2020 г., № 693 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22000693&p1=1>. – Дата доступа: 09.03.2022.
2. Усманова, С. В. Понятие о геронтологии. Классификация возрастных групп / С. В. Усманова. – Иркутск: Иркутский государственный университет путей сообщения МК ЖТ, 2017. – 30 с.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Демографическая и социальная статистика. Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://belstat@belstat.gov.by/?guid=4578&p0=C78050698>– Дата доступа: 09.03.2022.
4. Гериатрия: руководство для врачей / под. ред. Л. П. Хорошиной. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с.
5. Сизова, И. Л. Противоречия и напряженности в занятости лиц старших возрастов в современной России / И. Л. Сизова, Н. С. Орлова // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. – 2021. № 1. – С. 107-119. – doi: 10.33581/2521-6821-2021-1-107-119.
6. Черешнев, В. А. Выявление региональных особенностей старения населения России / В. А. Черешнев, Е. В. Чистова // Экономический анализ: теория и практика. – 2017. – Т. 16, № 12(471). – С. 2206-2223. – doi: 10.24891/ea.16.12.2206.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
"АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ – 2030"**

Корнейко П. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме: Разработка Национальной стратегии Республики Беларусь "Активное долголетие – 2030" обусловлено интенсификацией процессов демографического старения населения, возникновением новых потребностей и возможностей для пожилых граждан, а также необходимостью создания условий для реализации их потенциала.

Ключевые слова: проблемы, риски, пожилые люди, старение.

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS
OF GERIATRIC CARE FOR THE POPULATION
OF THE REPUBLIC OF BELARUS WITHIN THE FRAMEWORK
OF THE NATIONAL STRATEGY
REPUBLIC OF BELARUS "ACTIVE LONGEVITY – 2030"**

Korneiko P. L.

Education Establishment "Grodno State Medical University",
Grodno, Republic of Belarus

Summary: The development of the National Strategy of the Republic of Belarus "Active Longevity – 2030" is due to the intensification of the processes of demographic aging of the population, the emergence of new needs and opportunities for older citizens, as well as the need to create conditions for realizing their potential.

Key words: problems, risks, elderly people, aging.

Введение: в Республике Беларусь начиная с 2000 года происходит рост ожидаемой продолжительности жизни, одновременно происходит усиление тенденции старения населения. Выполняются государственные программы, предусматривающие введение условий для повышения участия пожилых

граждан в общественной жизни, появляются условия для улучшения экономического положения и социальных направлений пожилых граждан, что способствует улучшению качества и продлению их самостоятельной и независимой жизни. Постоянно расширяются возможности для вовлечения пожилых граждан в социальную, культурную и образовательную сферы жизни общества, реализуется система мер их государственной поддержки. В рамках Национальной стратегии определяются основные проблемы и риски, с которыми сталкивается общество в процессе старения граждан.

Цель исследования: на основании анализа нормативных документов, международных классификаций выявить медико-социальные вызовы, с которыми сталкивается государство и общество в связи с процессом постарения.

Материалы и методы: на основании анализа имеющихся документов, регулирующих охрану здоровья престарелых людей были изучены медико-социальные аспекты гериатрической помощи населению Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение: анализ медико-социальных аспектов гериатрической помощи населению показал следующее. Основной целью создания Национальной стратегии – создание условий для наиболее полной и эффективной реализации потенциала пожилых граждан, устойчивого повышения качества их жизни посредством системной адаптации государственных и общественных институтов к проблеме старения населения [1].

В процессе нарастающего демографического старения населения, снижения численности населения трудоспособного возраста, наличие трудоспособных граждан пенсионного возраста, растет потенциал трудового населения. Вопросы гериатрического направления выходят на новый уровень важности.

Гериатрия – представляет собой науку, которая изучает заболевания населения старших возрастных групп, основные направления профилактики, диагностики и реабилитации. Одновременно гериатрия представляет собой раздел геронтологии, который занимается биологическими, социальными и психологическими составляющими старения человека.

Закон Республики Беларусь № 92-3 от 28.12.2009 г., закон Республики Беларусь № 239-3 от 14.06.2007 г, указ Президента Республики Беларусь № 458 от 14.09.2009 г. регламентируют предоставление следующих льгот, прав и гарантий в области адресной социальной помощи: налогообложения; медицинского обслуживания, обеспечения лекарственными средствами, техническими средствами социальной реабилитации, санаторно-курортного лечения и оздоровления; предоставления жилых помещений, жилищно-коммунальных услуг, установки квартирного телефона и пользования им; проезда на транспорте общего пользования; прав в сфере предоставления

услуг; трудоустройства, дополнительного образования и предоставления отпуска; другие права и льготы.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1722 от 11.12.2007 г. регламентирует перечень технических средств социальной реабилитации: технические средства социальной реабилитации для передвижения; технические средства социальной реабилитации, используемые в качестве реабилитационных приспособлений; протезно-ортопедические изделия; технические средства социальной реабилитации для граждан с нарушениями органов зрения и (или) слуха; другие технические средства социальной реабилитации.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1738 от 13.12.2007 г. определяет перечень документов, на основании которых осуществляется реализация права на государственные социальные льготы, права и гарантии отдельными категориями граждан.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь №73 от 30.01.2016 г. определяет государственную программу социальной защиты и содействия занятости населения на 2016 – 2020 годы: определяются конституционные права граждан на труд, здоровые и безопасные условия труда, на доступную среду и социальное обеспечение в старости и в случае инвалидности.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь №693 от 3 декабря 2020 г. определяет направления, обеспечивающие защиту прав и достоинств пожилых граждан, создание условий для их социальной включенности и всестороннего участия в жизни общества.

Постановление МЗ РБ №91 от 10.07.2015 г. определяет порядок оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи.

Постановление МЗ РБ №107 от 24.12.2014 г. определяет перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи.

Постановление МЗ РБ №96 от 12.08.2016 г. устанавливает порядок проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь.

Постановление МЗ РБ №3 от 10.01.2013 г. регулирует вопросы организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг.

Приказ МЗ РБ №809 от 13.07.2012 г. устанавливает направления в лечении и реабилитации ветеранов боевых действий на территории других государств.

Приказ МЗ РБ №1336 от 30.12.2016 г. устанавливает вопросы организации Республиканского геронтологического центра.

Приказ МЗ РБ №572 от 26.05.2014 г. устанавливает оказание медицинской помощи пациентам пожилого возраста.

Приказ МЗ РБ №16 от 15.01.2009 г. определяет направления совершенствования организации оказания гериатрической медицинской помощи.

Приказ МЗ РБ №184 от 11.03.2008 г. определяет организацию оказания гериатрической медицинской помощи.

Методические рекомендации МЗ РБ №192-0012 от 28.12.2000 г. регулируют порядок организации выявления больных пожилого и старческого возрастов.

Письмо МЗ РБ №04-10/3170 от 26.04.2000 г. раскрывает направления в обучении медперсонала вопросам гериатрии.

Приказ ГУЗО Гродненского облисполкома №639 от 04.06.2018 г. определяет направления по медицинскому обеспечению ветеранов войн.

Проведя анализ нормативных документов, следует сделать вывод, что в Республике Беларусь организация гериатрической помощи находится на высоком уровне, однако в виду происходящего роста ожидаемой продолжительности жизни и одновременного усиления тенденции старения населения, необходимо постоянно расширять возможности для вовлечения пожилых граждан в социальную, культурную и образовательную сферы жизни общества.

Классификация старости, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

- пожилой возраст – 60-74 лет;
- старческий возраст – 75-90 лет;
- долголетие – 90+ [3].

Группа населения, которая изучается наукой гериатрия – это люди старше 60-70 лет. Основополагающими задачами гериатрии являются:

- изучение особенностей протекания заболеваний у людей старческого возраста;
- изучение клиники заболеваний с учетом ее особенностей;
- изучение лечения и профилактики заболеваний;
- изучение направлений, благодаря которым увеличивается вероятность воздействия на процессы старения.

Актуальность изучения гериатрии с каждым годом растет благодаря тому, что сейчас в Республике Беларусь, как и во всем мире фиксируется увеличение продолжительности жизни, и очень важно, чтобы старость была достойной, активной, максимально здоровой, работоспособной. Старение представляет собой естественный и неизбежный процесс. Такая научная сфера как гериатрия, сегодня очень популярна как в Республике Беларусь, так и в

мировом масштабе. В нашей стране гериатрия только набирает актуальность, поскольку рост продолжительности жизни растет. Начиная с 2000 года поступательно растет ожидаемая продолжительность жизни. Усиливается тенденция старения населения. По итогам переписи населения Республики Беларусь, проведенной в 2019 году, доля пожилых граждан (65 лет и старше) в общей численности населения составляет 15,4 процента (в 2010 году – 13,8%). Согласно демографическому прогнозу к 2030 году доля пожилых граждан будет составлять более пятой части населения страны (более 20%) [1].

Важным аспектом изучения гериатрии является то, что здоровое старение – это нечто большее, чем просто отсутствие болезней. Для большинства пожилых людей наибольшее значение имеет поддержание функциональной способности организма. Широкий спектр возможностей, которые появляются в связи с увеличением продолжительности жизни, напрямую будут зависеть от одного ключевого момента – здоровья. Если население проживет эти дополнительные годы жизни с хорошим здоровьем, их задумки, которые они считают ценными, будут мало отличаться от способностей более молодых людей. Гериатрия направлена на повышение знаний об повседневной жизни пожилого пациента, его психических функциях, что позволяет вести грамотный и правильный разговор. Общение с пожилым пациентом помогает врачу раскрыть информацию об качестве жизни, психических и физиологических функциях.

Среди населения присутствует стереотип дискриминации пожилых людей. Считается, что пожилые люди зависимы и обременительны. Несмотря на то, что отношение к пожилым людям в обществе положительное, присутствует дискриминация отдельных людей или групп по возрасту. Дискриминация в обществе пожилых людей по возрастному признаку получило название «эйджизма» [2].

Пожилое население Республики Беларусь характеризуется многообразием умственных и физических способностей. Некоторые 70-летние граждане Республики Беларусь имеют схожие умственные способности с 20-летними гражданами. Однако определенные пожилые люди уже в 60-летнем возрасте могут нуждаться в посторонней помощи. Развитие гериатрии способствует достижению положительной направленности к сохранению физических и умственных способностей пожилых людей.

Выводы:

Актуальность медико-социальных аспектов гериатрической помощи населению Республики Беларусь с ходом времени будет иметь тенденцию к повышению. В ходе проведенного анализа нормативных документов, изучения классификации, направлений, которые требуют переработки, выявлены

медико-социальные вызовы, с которыми сталкивается государство и общество в связи с процессом постарения.

Список литературы

1. О Национальной стратегии Республики Беларусь "Активное долголетие – 2030" [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 3 дек. 2020 г., № 693 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22000693&p1=1>. – Дата доступа: 09.03.2022.
2. Колпина Л. В. Геронтологический эйджизм: причины возникновения и проблемы преодоления / Л. В. Колпина, Т. В. Городова // Фундаментальные исследования – 2015. – № 2-17. – С. 3871-3874.
3. Хорошинина Л. П. Гериатрия: руководство для врачей / Л. П. Хорошинина, К. М. Абдулкадыров, В. Н. Анисимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с.
4. Баркер, Р. Словарь социальной работы / Р. Баркер. – М., 1994. – 134 с.
5. Шмелева, С. В. Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронто-психологии и гериатрии: учебное пособие / С. В. Шмелева, В. А. Яковлев, О. О. Заварзина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.
6. О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: закон Республики Беларусь, 14 июня 2007 г., № 239-з. – Режим доступа: http://world_of_law.pravo.by/text.asp?RN=h10700239. – Дата доступа: 09.03.2022.
7. О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 24 декабря 2014 г., № 107. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=w21529575>. – Дата доступа: 09.03.2022.

АНАЛИЗ ВАЖНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Королёнок Л. Г., Луневская Ю. Л.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Профессия врача акушера-гинеколога имеет свои специфические черты, среди которых важное место занимают межличностные отношения с пациентами. Для достижения эффективных результатов своей деятельности врачам необходимо развивать коммуникативные компетенции, от которых непосредственно зависит здоровье женщин и их детей.

Ключевые слова. Общение, акушерство, гинекология, коммуникативные навыки.

SPECIFICITY IN PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Karalionak L. G., Lunevskaya Y. L.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The profession of an obstetrician or a gynecologist has its own particular features, among which interpersonal relations with patients take one of the most important places. Doctors have to develop their communicative skills to reach good and effective results of their work, because it influences the women's and their children's health.

Key words. Communication, obstetrics, communicative skills.

Общение – одна из основных потребностей человека. И если раньше под коммуникацией понимали лишь процесс обмена информацией, то в настоящее время для всех очевидно, что коммуникация выполняет куда больше функций. В процессе общения мы получаем не только новые знания, но и опыт, поддержку, опору, мотивацию, выражение чувств. Это всегда, так или иначе, влияет на наши решения, поведение, на жизнь в целом. Изменения могут быть как положительными, так и негативными. Именно поэтому сейчас столько внимания уделяется изучению процесса коммуникации и разрабатываются специальные рекомендации и коммуникационные модели для различных профессиональных областей и сфер деятельности.

До недавнего времени профессионализм врача определялся его знаниями и практическими умениями. Обучение будущих врачей выстроено, в основном, именно на достижении студентами глубоких теоретических знаний, овладении манипулятивной техникой, развитии клинического мышления. Однако современный пациент более осведомлен и образован, и патерналистический подход постепенно уходит в прошлое, поднимая коммуникативные принципы на новый уровень.

Доподлинно известно, что коммуникация между врачом и пациентом в значительной мере влияет на степень удовлетворенности пациента оказанной ему помощью и на эффективность лечения в целом. Поэтому коммуникативная компетентность становится очень важна. Многие пациенты отмечают, что навыки общения врача также важны, как и их технические умения. Недостаток качественного общения является во многих случаях определяющим фактором

неудовлетворенности пациентов после визита к врачу и одной из основных причин их жалоб на качество оказанной им медицинской помощи.

К настоящему моменту вопрос об обучении коммуникативным навыкам будущих врачей поднимается в различных медицинских вузах. В исследовании, проводимом медицинским университетом Софии, Болгария, за необходимость развития навыков общения при профессиональной подготовке студентов высказались 80% респондентов. 100% опрошенных убеждены в необходимости практической подготовки студентов для общения с пациентами. 85% участников исследования считают, что коммуникативные навыки действительно оказывают влияние на повышение качества акушерской помощи. В ходе исследования было установлено повышение коммуникативных компетенций студентов-выпускников, прошедших специально разработанные тренинговые программы [1].

С целью обучения коммуникативным навыкам активно разрабатываются и внедряются в образовательные программы, а также в программы повышения квалификации специалистов, курсы и практические занятия, призванные дать понимание процесса коммуникации и его влияния на достижение профессиональных целей.

Нужно помнить, что этот процесс включает несколько компонентов: люди, которые общаются (врач и пациент); предмет общения (тема, сообщение, информация); канал или средство связи (устное общение, письменное). Поэтому, в зависимости от множества факторов, таких как различное социальное положение коммуникантов, возраст, уровень образования, культурные традиции, личные убеждения и предпочтения, могут возникать различные коммуникационные помехи. Они могут приводить к недопониманию, искажению информации, недоверию к специалисту, чувству тревоги и даже негативным последствиям лечения.

Важным для понимания является момент, что коммуникативные модели хорошо работают в тех ситуациях, для которых они и были подготовлены. То есть, в каждой профессиональной области будут эффективны свои, особые скрипты.

Акушерство и гинекология как отдельная медицинская специальность также имеет свою специфику. Прежде всего, это связано с психологическими особенностями пациентов данных врачей. Чаще всего к врачу акушеру-гинекологу обращаются женщины репродуктивного возраста с целью планирования беременности, наблюдения во время беременности и после родов. Врач несёт ответственность не только за свою пациентку, но и за будущего малыша. Беременные женщины, как известно, очень эмоциональны, тревожны, подвержены перепадам настроения и гормональным всплескам. Многих пугает неизвестность того, что происходит с их организмом.

Беременность затрагивает все сферы жизни женщины, изменения как семейного, так и профессионального статуса, перемены во взаимоотношениях с окружающими и в образе жизни в целом. Поэтому даже нормально протекающая беременность сопровождается множеством страхов и переживаний. Имеются данные о том, что именно коммуникационные ошибки определены как основная причина в 72% пренатальной смертности. Ключевым компонентом снижения числа таких ошибок и обеспечения безопасности пациенток является как раз повышение эффективности коммуникации в системе «врач-пациент» [2].

В последнее время к врачу акушеру-гинекологу все чаще обращаются здоровые женщины, с профилактической целью и с желанием поддержать и укрепить своё здоровье. В таких случаях врач, можно сказать, участвует в образовании и просвещении женщин, распространении медицинских знаний и грамотности среди населения. И здесь особую значимость приобретает умение специалиста доносить достоверную информацию, отвечать на вопросы пациента, вести диалог и оказывать помощь в принятии решений.

В Национальном медицинском университете имени А. А. Богомольца, Украина, проводилась работа по изучению уровня сформированности коммуникативных навыков среди интернов акушеров-гинекологов с целью его улучшения. Данное исследование проходило в три этапа. Сначала произвели оценку коммуникативных компетенций интернов без какого-либо обучения их специальным навыкам общения во время первичного осмотра пациента. Затем интерны прошли тренинг «Коммуникация как ключ к успешному взаимодействию между женщинами и врачом». После снова произвели оценку коммуникативных компетенций молодых докторов. По данным интернов, показатели улучшились на 8%, по данным пациентов – на 12%. Экспертная комиссия отметила улучшение на 10% [3].

Ученые установили, что эмпатия, рефлексия, гибкость, фокусирование на открытой коммуникации, способность быстро устанавливать контакт, умение предотвращать и быстро разрешать конфликтные ситуации являются необходимыми составляющими профессиональной компетенции работников сферы здравоохранения. А значит, этим навыкам нужно обязательно обучать будущих врачей.

Подобное исследование проводилось в акушерско-гинекологическом отделении Женского университетского госпиталя Базеля, Швейцария, в котором принимали участие врачи и пациенты. Перед врачами-участниками стояли следующие задачи: практиковать пациент ориентированную модель коммуникации, устанавливать и поддерживать терапевтические взаимоотношения с пациентами, предоставлять пациентам необходимую

информацию в понятном и доступном для них виде, поощрять их участие в обсуждении вопросов относительно их здоровья и принятии решений.

Ученые также получили положительную динамику эффективности лечения у пациентов и повышение степени их удовлетворенности оказанной им помощью после прохождения врачами отделения тренинга. Показатели (в процентах) выросли незначительно. И этому есть объяснение – при проведении данного исследования использовались коммуникативные модели, применяемые врачами общей практики. То есть не были учтены психологические особенности пациентов акушерско-гинекологического профиля. Однако даже имеющиеся небольшие улучшения ещё раз свидетельствуют о том, что, во-первых, коммуникативным навыкам необходимо обучать, и, во-вторых, для каждой специализации и сферы деятельности нужно разрабатывать свои, индивидуальные, работающие алгоритмы.

В 2018 году была проведена исследовательская работа в экстренных гинекологических отделениях Норгена и Цюриха, Швейцария. Ученые ставили целью выяснить, могут ли перемены в общении с пациентами изменить отношение последних к процессу лечения и их удовлетворенность оказанной медицинской помощью. Специально для данного исследования был разработан коммуникационный стандарт, включавший 6 пунктов, и анкеты для врачей и пациентов. Исследование проходило в 2 этапа, по 115 дней каждый, в которых приняли участие по 2000 человек. После интерпретации результатов выяснилось, что у большинства пациентов вырос уровень удовлетворенности оказанными им услугами во втором этапе исследования, после введения во врачебную практику коммуникационного стандарта. Среди врачей 11% участников высказались о том, что им было дискомфортно работать по данному стандарту. Остальные отметили позитивные изменения в своей работе, однако подчеркнули, что не в точности следовали предложенному алгоритму. 63,7% врачей действительно увидели эффективность применения коммуникативного стандарта и были рады использовать его в своей практике [4].

Многочисленные исследования доказывают, что стабильные взаимоотношения в системе «врач-пациент» оказывают положительное влияние на приверженность пациентов назначенному лечению, долгосрочные результаты и удовлетворенность пациентов. И наоборот, недостаток общения негативно сказывается на самочувствии пациентов, а также является наиболее распространённой причиной их жалоб на качество работы врача.

Из всего вышеизложенного можно сформулировать ряд рекомендаций врачам для улучшения качества своей работы путём повышения своих коммуникативных компетенций:

Создавать приятную обстановку для общения с пациентом, проявлять внимание и заботу, не держать слишком большую дистанцию, избегать излишней строгости.

Использовать пациент ориентированный подход в своей работе, учитывая индивидуальные, культурные особенности пациента.

Придерживаться определенной модели проведения консультации.

Следить за своей речью, избегать резких высказываний, негативно окрашенных и устрашающих слов, фамильярности и излишней эмоциональности.

Поддерживать взаимоотношения сотрудничества, привлекать пациента к обсуждению вопросов и принятию решений, чтобы пациент чувствовал, что врач понимает его нужды и готов к совместной работе для их удовлетворения.

Анализировать обратную связь.

Предлагать пациентам готовиться к приему заранее, записывая волнующие их вопросы [5].

В период с 2000 по 2020 годы было проведено 7018 исследований, посвящённых изучению коммуникации в акушерстве и гинекологии, но только 71 работа имеет доказательную базу согласно Оксфордской шкале уровня доказательности. Из них 63 исследования подтвердили позитивное влияние коммуникативных навыков на общий результат лечения пациентов [2]. Это очередной раз доказывает необходимость развивать коммуникативные компетенции у врачей, а также подчеркивает необходимость разработки специализированного коммуникационного стандарта, который будет эффективно работать в области акушерства и гинекологии.

Список литературы

1. Хаджиделева, Д. Необходимость развития профессионального общения в акушерстве / Д. Хаджиделева, Т. Гарнизов // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. Медицинские науки [Электронный ресурс]. – 2015. – № 2. – Режим доступа: <http://bulletinpp.esrae.ru/pdf/2015/2/982.pdf> . – Дата доступа: 06.05.2022.
2. Lippke S. Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics – A Systematic Review / S. Lippke, Ch. Derksen, F. M. Keller, L. Kotting, M. Schmiedhofer, A. Welp // International Journal of Environmental Research and Public Health [Electronic resource]. – 2021. – № 18. – Mode of access: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2616/pdf> . Date of access: 06.05.2022.
3. Tsekhmister, Y. Communicative Skills Formation for Obstetrics and Gynecology Interns / Y. Tsekhmister, M. Makarenko, D. Govsyeyev, O. Lysenko, H. Shvachkina // American Journal of Humanities and Social Sciences Research [Electronic resource]. – 2018. – №2. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/326648385_Communicative_Skills_Formation_for_Obstetrics_and_Gynecology_Interns . – Date of access: 06.05.2022.
4. Zodan, T. Teaching communication in an emergency gynecological settings / T. Zodan, S. von Orelli // Cogent Medicine [Electronic resource]. – 2018. – Volume 5. – Mode of access:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2331205X.2018.1491092> . Date of access: 06.05.2022.

5. Effective Patient-Physician Communication/ Committee opinion// The American College of Obstetricians and Gynecologists [Electronic resource]. – 2014 (reaffirmed 2021). – № 587. Mode of access: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/02/effective-patient-physician-communication>. Date of access: 06.05.2022.
6. Малютина, Т. В. Модели взаимоотношений «врач-пациент» в практике акушера-гинеколога / Т. В. Малютина, О. Ю. Цыганкова // Журнал «Проблемы современного педагогического образования». Психологические науки [Электронный ресурс]. – 2021. – № 72-2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-vzaimootnosheniy-vrach-patsient-v-praktike-akushera-ginekologa/viewer>. Дата доступа: 06.05.2022.
7. Методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов по работе с женщинами в ситуации репродуктивного выбора / Отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области; сост. М. М. Ицкович, Е. Н. Костарева, Е. А. Токарева. – Екатеринбург: Издательский дом «Ажур», 2017. – 94с.

THE ROLE AND PLACE OF HIGHER EDUCATION: STUDYING THE PROPENSITY OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS TOWARDS ADDICTIVE BEHAVIOR

Krikova A. V., Zaitseva V. M., Dmitrieva E. V.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

Summary. Substance use is a global problem, endangering not only individual but also social development of the nation. Taking into account the great urgency of this problem, we set a goal to conduct an express-diagnostics of the risk of alcohol, psychotropic and narcotic substances use, as well as to develop programs of harmful habits prevention for university students. It was found that out of 381 people 327 are in the group of low risk of addictive behavior; 31 people – in the group of moderate risk of addictive behavior and 23 people – in the group of high risk of addictive behavior, pronounced signs of propensity to addictive behavior.

Key words: addictive behavior, students, prevention

It is known that the use of alcohol, psychotropic and narcotic substances with harmful consequences is a global problem that threatens not only the individual but also the social development of the nation. Harmful habits lead to 2.5 million deaths annually, increasing the risk of premature death, disability and loss of health. Harmful use of alcohol, psychotropic and narcotic substances is a major determinant

of neuropsychiatric disorders. In particular, addictive behavior in which a person "escapes" from the surrounding reality by fixating his attention on specific activities and objects or changing his own psycho-emotional state by consuming various substances. In fact, by resorting to addictive behavior, people strive to create the illusion of some kind of safety for themselves, to come to the balance of life. The forms of addictive behavior are quite diverse [1].

Considering the great urgency of this problem, we set a goal to conduct an express diagnostics of the risk of alcohol, psychotropic and narcotic substances use, and to develop programs of harmful habits prevention for students at Smolensk State Medical University.

Materials and research methods. Test-questionnaire "Addictive propensity" by V. V. Yusupov, V.A. Korzunin [2]. Interpretation of the obtained results: up to 13 points – low risk group of addictive behavior; from 14 to 16 points – moderate risk group of addictive behavior; from 17 points and more – high risk group of addictive behavior, expressed signs of addictive behavior propensity.

The survey was conducted in November 2020, using <https://docs.google.com/forms>. A total of 381 people voluntarily participated in the study, including: 315 (82.7%) were women and 66 (17.3%) were men.

The respondents represented the following faculties of Smolensk State Medical University: medical – 120 (31.5%); pediatric – 121 (31.8%); dental – 27 (7.1%); pharmaceutical – 84 (22%); psychosocial – 12 (3.1%); medical-biological and humanitarian education 13 (3.4%); faculty of foreign students 4 (1%). The breakdown by course is as follows: 1st year, 189 (49.6%); 2nd year, 33 (8.7%); 3rd year, 39 (10.2%); 4th year, 58 (15.2%); 5th year, 52 (13.6%); 6th year, 10 (2.6%).

Statistical processing of the data included methods of descriptive statistics. Construction of the 95% CI confidence interval was performed according to the formula for fractions and frequencies by the Wald method. Significance of the difference between the studied features was assessed using Fisher's angular transformation. Statistical significance was considered at >95% ($p < 0.05$) and 99% ($p < 0.01$) probability. Statistical analysis of the results was performed in Microsoft Excel 16 using the AtteStat 12.0.5 add-in.

Results. As part of the outreach component of the alcohol and substance abuse prevention project we conducted a diagnostic study of youth with the help of the "Addictive Dispositions" test questionnaire. When analyzing the students' answers, attention was drawn to the question that asked them to answer "yes" or "no" about whether they knew people who had tried intoxicating toxic substances. A total of 201 out of 381 respondents answered "yes" affirmatively, which was more than half (50.8%). By making a transcript of responses by course, we got the following data: out of 381 people, students of 6 courses gave the answer "yes" in 2.4% of cases; 5 course – in 9.7% of cases; 4 course – in 10.8% of cases; 3 course – in

6.6% of cases; 2 course – in 7.6% of cases; 1 course – in 15.7% of cases. During statistical processing of answers, this statement did not have any significant differences, at the same time, this fact alarms and calls for scientific-pedagogical workers of the university to work with students of all courses and faculties to prevent all types of addiction. In 70.3% of cases (268 persons), students like to be in companies where they drink and have fun in moderation.

In our opinion, the involvement of young people in extracurricular activities aimed at the formation of a healthy lifestyle will help to adapt in society.

Table 1. Summary of the average values of the total score of positive responses by groups of addictive behavior, received in the course of the survey of students at the medical university

Total score of positive responses, n=381	The absolute indicator, n ₁	The relative indicator, n ₁ /n, %	95% confidence interval
up to 13 points – low-risk group for addictive behavior	327	85,8	84,0-87,6
14 to 16 points – a group of moderate risk of addictive behavior	31	8,1	6,7-9,5
17 points or more – high risk group of addictive behavior, expressed signs of tendency to addictive behavior	23	6,0	4,8-7,3

When analyzing the data reflected in Table 1 it was found that 327 out of 381 persons are in the group of low risk of addicted behavior; 31 persons – in the group of moderate risk of addicted behavior and 23 persons – in the group of high risk of addicted behavior, expressed signs of inclination to addictive behavior. In excerpting the data, it was found that there were no persons with high risk of addiction among the students in the second and sixth years; in the fifth year there were 5 persons in absolute numbers, in the fourth year there were 7 persons, in the third year there were 7 persons, in the first year there were 4 persons.

It is known that addictive behavior can be caused by the difficulties of adaptation and socialization, which means that the success of students' transition to a new age stage, which is defined by researchers as a crisis period, determines the degree of manifestation and features of their propensity to addictive behavior and various types of addictions. During the implementation of the innovative project the group of employees will inform students and teaching staff about addictive behavior, its types and its dangers, instill a value attitude towards their health, motivation for a healthy lifestyle, develop skills of confident behavior and communication, problem solving, train ways to relieve emotional stress and increase stress resistance, including through physical training and sports.

Promoting healthy lifestyles among young people will increase competence and responsibility in health issues, and will make it possible to develop and implement a set of measures in the form of informational and educational lectures on the prevention of alcoholism and the use of psychotropic and narcotic substances, which will ultimately affect the demographic situation as a whole.

Literature

1. Ambrumova A. G., Tikhonenko V. A. Diagnosis of suicidal behavior / A. G. Ambrumova, V. A. Tikhonenko. – M.: Medicine, 2010 – 148 p.
2. Diagnostic portfolio to determine the propensity for addictive behavior / ed. by Ionina O. V. – Tula: GU TO "Regional Center" Development ", 2019. – 39 c.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СОМАТИЧЕСКИЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И С ОЖИРЕНИЕМ 1 и 2 СТЕПЕНИ

Крупца М. С., Стручинская М. А., Заборовский Г. И.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Беларусь

Резюме. Беременность и роды у женщин с ожирением являются серьезной медико-социальной проблемой по причине нарушения адаптационных механизмов организма. Результаты исследования свидетельствуют об особенностях течения беременности и родов у рожениц с ожирением, характеризующихся более высокими показателями осложнений относительно женщин с нормальным индексом массы тела (ИМТ), повышением риска врожденных аномалий, дистресса, недоношенности плода и ряда других осложнений новорождённых пропорционально их степени ожирения.

Ключевые слова: ожирение 1 и 2 степени, индекс массы тела, осложнения новорожденных.

COMPARATIVE SOMATIC AND PHYSIOLOGICAL THE STATUS OF NEWBORNS IN WOMEN WITH NORMAL BODY WEIGHT AND OBESITY OF I AND II DEGREES

Krupitsa M. S., Struchinskaya M. A., Zaborovsky G. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Resume. Pregnancy and childbirth in obese women are a serious medical and social problem due to a violation of the adaptive mechanisms of the body. The results of the study testify to the peculiarities of the course of pregnancy and childbirth in obese women, characterized by higher rates of complications relative to women with a normal body mass index (BMI), an increased risk of congenital anomalies, distress, prematurity of the fetus and a number of other complications of newborns in proportion to their degree of obesity.

Keywords: obesity of the I-st and II-nd degree, body mass index, complications of newborns.

Актуальность. Определено, что женщины, страдающие ожирением, подвержены риску осложнений во время беременности и родов, также ожирение матери может негативно повлиять на здоровье будущего ребенка. Различные осложнения беременности при ожирении встречаются в два раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела [1, 2, 3]. Имеются некоторые сведения, что у беременных женщин с ожирением повышены риски врожденных аномалий плода, задержки роста плода, макросомии, мертворождения и ряда других осложнений новорождённых пропорционально их степени ожирения [3, 4, 5]. Но вместе с тем, в акушерской практике наблюдается ограниченность точной информации о взаимосвязи избыточной массы на состояние новорожденного.

Целью настоящего исследования явилось сравнение соматического и физиологического статуса новорожденных у женщин с нормальной массой тела и с ожирением 1 и 2 степени.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено изучение первичной медицинской документации (истории родов, истории новорожденных) 238 родильниц, из них 98 – с нормальной массой тела (ИМТ – 19,0-24,9), 99 – с ожирением 1 степени (ИМТ – 30,0-34,9 кг/м²) и 41 родильница с ожирением 2 степени (ИМТ – 35,0-39,9 кг/м²). База исследования – перинатальные центры III-го уровня. С учетом интересующих особенностей разработанной программы наблюдения, использован метод случайной выборки пациенток. Статистическая обработка

полученных данных проведена на основе пакета прикладных программ Statistica, 10.

Результаты и их обсуждение. Показатели физического развития новорожденных у матерей с ожирением 1 и 2 степени ниже (вес – 3395 ± 75 г, рост – $52,8 \pm 0,7$ см) по сравнению с женщинами, имеющими нормальный ИМТ, соответственно, 3560 ± 95 г и – $53,0 \pm 0,4$ см, однако различия этих параметров не существенны ($p > 0,05$). Результаты исследования свидетельствуют о более частом (в 1,4 раза) рождении девочек у женщин с ожирением относительно родильниц с нормальным ИМТ ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка состояния плода по шкале Апгар демонстрирует отсутствие различий этого показателя в сравниваемых группах на 1-ой минуте ($8,0 \pm 0,1$). В то же время с увеличением степени ожирения прослеживается снижение этого критерия на 5-ой минуте с $8,7 \pm 0,02$ у женщин с нормальным ИМТ до $8,5 \pm 0,1$ у родильниц с ожирением ($p > 0,05$).

У женщин с ожирением 1 и 2 степени к началу беременности в 2,2 раза чаще имели место осложнения новорожденных, чем у родильниц с нормальным ИМТ ($51,4 \pm 4,6$ и $23,5 \pm 4,3$ случая на 100 обследованных, $p < 0,05$). У матерей с ожирением чаще диагностировались дистресс плода ($p < 0,05$), асфиксия ($p > 0,05$), врожденные аномалии и пневмония ($p > 0,05$), недоношенность плода ($p > 0,05$) ателектаз легких ($p > 0,05$), маловесный плод ($p > 0,05$). Вместе с тем, реже наблюдается гипоксия и морфологически незрелый плод ($p > 0,05$).

Анализ группы риска не выявил существенных различий сравниваемых контингентов в целом ($27,6\%$ – с нормальным ИМТ и $28,6\%$ – с ожирением, $p > 0,05$), несмотря на превалирование частных показателей у родильниц с ожирением в группе риска по внутриутробным инфекциям ($p > 0,05$), группе крови и резус-конфликту ($p > 0,05$), группе риска по гипоксии ($p > 0,05$), тугоухости ($p > 0,05$), анемии ($p > 0,05$).

Выводы. При сравнительном анализе состояния новорожденных было выявлено, что, чем выше степень ожирения беременной женщины, тем ниже баллы по системе Апгар у новорожденных, больше осложнений и выше группы риска у новорожденных. Несомненно, во время беременности у женщин с ожирением 1 или 2 степени по сравнению с женщинами с нормальной массой тела имеет место повышенный риск развития неблагоприятных исходов для плода.

Список литературных источников

1. Подзалкова, Н. М. Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с нарушением жирового обмена / Н. М. Подзалкова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 86-92.

- Иловайская, И. А. Влияние ожирения у женщин на фертильность и вынашивание беременности / И. А. Иловайская // РМЖ. – 2016. – №1. – С. 32-37.
- К вопросу о патогенезе репродуктивных нарушений у женщин с ожирением / Э. Р. Ведзижева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 6. – С. 18–23.
- Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by overweight and obesity / J. M. Vernini [et al] // Reprod. Health. – 2016. – Vol. 13, № 1. – P. 100-106.
- Crane, J. M. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy / J. M. Crane, P. Murphy, L. Burrage, D. Hutchens // J. Obstet. Gynaecol. Can. . – 2013. – Vol. 35, № 7. – P. 606-611.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Крылов Н. Н., Пятенко Е. А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме. Пандемия коронавируса оказало большое влияние на медицинское образование и медицинских работников. Студенты и преподаватели столкнулись с рядом проблем: как продолжать обучение, как получить узкую специальность или выбрать смежное направление. Молодые специалисты вынуждены принимать сложные решения, кто-то полностью изменил направление своей деятельности. Пандемия повлияла на развитие онлайн-образования и поиск новых решений.

Ключевые слова: Covid-19, медицинское образование, платформы, эмпатия.

THE IMPACT OF COVID-19 ON MEDICAL EDUCATION: KEY TRENDS

Krylov N. N., Piatenko E. A.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract. The covid-19 pandemic has had a major impact on medical education and healthcare professionals. Students and medical teachers faced a number of problems: how to continue their education, how to get a narrow specialization, or to choose a related field. Young professionals are forced to make difficult decisions, someone has changed the direction of their activities.

The pandemic has affected the development of online education and the search for new solutions.

Key words: Covid-19, medical education, platforms, empathy.

Пандемия существенно повлияла на традиционную структуру медицинского образования, на психологическое состояние и академический путь молодых специалистов [1].

Нехватка медицинских работников «на первой линии» привела к тому, что студенты и ординаторы стали работать в качестве медсестер и молодых врачей (стажеров) в стационарах и отделениях интенсивной терапии, лечить пациентов с коронавирусной инфекцией. Отметим основные тенденции развития системы медицинского образования в России и мире.

Добровольное решение работать в клиниках и лечить пациентов с коронавирусной инфекцией воспринимается молодыми врачами как положительный практический опыт. Однако, часть обучающихся по каким-либо причинам не может принимать участие в работе на первой линии, в связи с чем молодые специалисты чувствуют стыд или некоторую «профессиональную неполноценность». В данном случае преподавателям важно оказывать поддержку тем, кто не участвует в клинической работе, а занимается, например, самообразованием, потому что это – основная цель обучающихся. Пандемия ускорила принятие решений – продолжать работать в медицине, получить узкую специализацию или выбрать смежную область [1].

Столкнувшись с невозможностью очного присутствия и посещения занятий, молодые врачи принимали участие в создании и начали активное использование образовательных онлайн-платформ, библиотек и приложений с различными тестами, кейсами, задачами для развития критического мышления.

Период высокого развития показателей пандемии, а также подъем ее очередной «волны» становились катализаторами дальнейшего внедрения доказательного подхода в медицинском образовании. Отмечалось повышение интереса молодых врачей к поиску достоверной информации в различных источниках, изучение исследований, смежных областей, в связи с заботой о здоровье пациентов и своих близких.

Развивающееся дистанционное обучение позволяет адаптировать образовательные ресурсы и методологию под график работы стажеров и их индивидуальные потребности (использование видеолекций, подкастов, приложений). Невозможность изучения отдельных клинических разделов «у постели больного» стала предпосылкой более частого использования видео-опросов и мастер-классов по общению с симулированными пациентами, отыгрыванию тематических сценариев [2].

Знакомство молодых врачей с медицинскими лидерами и образцами для подражания во время работы может способствовать выбору некоторыми студентами специальности, о которой они раньше не думали. Часть медиков может принять решение о выборе смежных областей или работы не на «первой линии», предпочесть преподавание как сферу своей будущей деятельности, социальную работу, информационные технологии в медицине.

В этих тяжелых условиях борьбы с пандемией особое значение приобретают слова, интонации, глаза, культура сопереживания, поддержка. Проявления эмпатии и эмоционального интеллекта должны поощряться педагогами и руководителями [3].

Мы продемонстрировали влияние пандемий на медицинское образование. Молодые врачи преодолевают препятствия, с которыми сталкиваются.

Пандемия коронавируса стала катализатором принятия решений обучающимися и преподавателями, стали развиваться образовательные платформы, обучение «на ходу», а также оказано большое влияние на формирование критического мышления и развитию сопереживания и сочувствия.

Literature

1. Wurth S. et al. Medical students' perceptions and coping strategies during the first wave of the COVID-19 pandemic: studies, clinical implication, and professional identity // BMC Medical Education. 2021. Vol. 21, № 1. P. 620.
2. Harries A. J. et al. Effects of the COVID-19 pandemic on medical students: a multicenter quantitative study // BMC Med Educ. 2021. Vol. 21. P. 14.
3. Karim Z., Javed A., Azeem M. W. The effects of Covid-19 on Medical Education // Pak J Med Sci. 2022. Vol. 38, № 1. P. 320–322.

ОПЫТ РАБОТЫ С МОЛОДЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Лукашук О. Н., Чернецкая Л. В., Трусь Е. И.

ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно»

УО Гродненский государственный медицинский университет г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье рассмотрена практика работы с молодыми специалистами, нормативная документация, регламентирующая наставничество, функционирование «Школы молодого специалиста».

Проведён анализ трудоустройства и дальнейшей работы выпускников медицинских университетов и колледжей за 2019-2021 гг.

Ключевые слова. Молодой специалист, наставничество, компетентность.

EXPERIENCE OF WORKING WITH YOUNG SPECIALISTS ON THE EXAMPLE OF A CITY POLYCLINIC

Lukashuk O. N., Chernetskaya L. V., Trus E. I.

State Healthcare Institution "City Polyclinic No. 3 of Grodno"
EE Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Summary. The article considers the practice of working with young professionals, the regulatory documentation governing mentoring, the functioning of the "School of a Young Specialist". An analysis was made of the employment and further work of graduates of medical universities and colleges for 2019-2021.

Key words. Young specialist, mentorship, competence.

Актуальность. Практически каждая организация старается привлечь лучших выпускников в свою организацию здравоохранения, вырастить профессионалов, но очень сложно сохранить молодого специалиста для работы на продолжительный срок. На первые рабочие места в организации здравоохранения РБ в 2021 году прибыли 5356 врачей, а также 3684 представителя среднего медицинского персонала [1, с. 3]. Обеспеченность врачебными кадрами составляет 55,2 на 10 тыс. населения, средним медперсоналом 120,7 на 10 тысяч населения [1, с. 3]. Министр здравоохранения РБ отметил, что «закрепляемость молодых специалистов на местах составляет более 70%» [2]. Задача коллективов ОЗ – облегчить адаптацию при устройстве на первое место работы, минимизировать риски потерь в дальнейшем. Практика наставничества даёт возможность осуществлять обучение непосредственно на рабочем месте, наблюдать результаты развития молодого специалиста.

Цель. Изучить опыт работы с молодыми специалистами в ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно».

Материалы и методы. На примере ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно» проведён анализ работы с молодыми специалистами за 2019-2021 гг. Использовалась нормативная документация и отчётная информация отдела кадров.

Результаты. С целью оказания помощи молодым специалистам в освоении выбранной профессии и создания условий для становления

специалиста в ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно» разработаны следующие документы: Положение о наставничестве, приказ руководителя поликлиники об организации наставничества, о закреплении молодого специалиста (работника); соглашение о трудовом сотрудничестве между наставником, молодым специалистом (работником) и нанимателем; индивидуальный план наставничества; методические рекомендации, учебно-методические материалы и обзоры по передовому опыту организации наставничества.

Ответственность за организацию наставничества возложена на заместителя главного врача и главную медсестру, ведущего инспектора кадров.

Наставниками назначаются наиболее опытные специалисты (стаж работы не менее трёх лет) и имеющие высокие показатели работы, знающие специфику деятельности организации, ее традиции, имеющие жизненный опыт, авторитет в коллективе, педагогические способности.

Для достижения желаемого результата необходимо выполнять определённые условия:

- выяснить ожидания и мотивы молодого работника;
- определить исходный профессиональный уровень;
- установить продолжительность испытательного срока (или адаптации);
- обеспечить постоянный контроль достигнутых результатов;
- мотивировать наставника и молодого специалиста;
- развивать потребность в постоянном самообразовании.

В поликлинике оценивается исходный уровень компетенций путём анкетирования принятого на работу медицинского персонала. В структурном подразделении, с учетом результата проведенного анкетирования, наставник составляет индивидуальный план наставничества, в котором описывает обучающие мероприятия со сроками исполнения и их оценкой. Период наставничества начинается в первые десять дней работы молодого специалиста и продолжается до шести месяцев. Проводится материальное (10% надбавка за сложный и напряжённый труд) и моральное стимулирование труда наставника (грамоты).

Наставник заполняет отчет, раскрывая следующие позиции.

1. Как происходит адаптация новичка в коллективе.
2. Находит ли молодой специалист взаимопонимание с наставником.
3. Оценка трудовой дисциплины наставляемого.
4. Слабые стороны наставляемого.
5. Компетенции, которые наставник помог освоить наставляемому в течение смены.
6. Ошибки, грубые нарушения (если были) наставляемого.

7. Замечания и предложения наставника о дальнейшей совместной работе с наставляемым.

В поликлинике один наставник закрепляется за одним или двумя молодыми специалистами. По окончании срока наставничества составляется характеристика молодого специалиста, предоставляется ему для ознакомления и передаётся руководителю структурного подразделения.

Кроме того, в поликлинике, по утвержденному главным врачом плану, работает «Школа молодого специалиста». Занятия в ней проводятся ежемесячно. В конце обучения проводится тест-контроль знаний и зачетное занятие.

За исследуемый период в организацию здравоохранения прибыли 33 молодых специалиста, 3 (9%) из них по целевому направлению. Уволено по истечению срока действия контракта 6 человек (18 %), три молодых специалиста в отпуске по уходу за ребёнком до 3-х лет (таблица 1).

Таблица 1 – Количество молодых специалистов за 2019–2021г.г.

Год	Принято		Убыли	
	Врачи	Средний медперсонал	Врачи	Средний медперсонал
2019	2	9	2*	4
2020	4	8	2 (1*)	1
2021	4	6	–	–
Итого	10	23	4 (3*)	5

*– в отпуск по уходу за ребёнком до трёх лет

Адаптация молодых специалистов представляет сложный процесс полного освоения профессии на основе компетенций, приобретённых в учебном заведении и непосредственно на рабочем месте. Это и соблюдение норм трудового распорядка и выработка организованности, соблюдение правил техники безопасности, восприятие единых для всего персонала деловых ценностей. Данные компетенции будут полезными для формирования дисциплины своевременной отчётности, выполнения протоколов и стандартов, профилактики конфликтов в коллективе. Работник может увидеть перспективу реализации своего потенциала и не потерять интерес к работе.

Выводы. Гибкая система наставничества позволяет повышать компетентность начинающих врачей и специалистов со средним медицинским образованием.

Необходимо способствовать формированию положительного отношения молодых специалистов к работе в организациях здравоохранения, что будет способствовать успеху организации в целом. Количество специалистов, покинувших организацию здравоохранения по истечению срока действия контракта, менее республиканского значения.

Список литературы

1. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2021 году и основных направлениях деятельности на 2022 год / Доклад министра здравоохранения // Медицинский вестник. 2022. – 10 марта. – С. 2–3
2. Хорсун, С. Практическое здравоохранение пополнят 450 выпускников ГрГМУ / С. Хорсун // Медицинский вестник. 2022. – 24 марта. – С. 2

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ СТАНОВЛЕНИЯ ДЕОНТОЛОГИИ

Меттини Э.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Резюме: В статье рассматривается вопрос о философском происхождении такого понятия, как «деонтологии», и, соответственно, каким образом философский склад мышления влияет, или не влияет, на мировоззренческие установки современных медицинских работников. В предлагаемом материале автор будет рассматривает идею (идеал) долженствования, которое лежит на основе «деонтологии».

Ключевые слова: долженствование, деонтология, медицина, философия, неодеонтология

PHILOSOPHICAL FOUNDATIONS IN DEVELOPMENT OF DEONTOLOGY

Mettini E.

FSAEI HE Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russian Federation

Summary: The article considers the question of philosophical origin of such a concept as «deontology», and, accordingly, how philosophical mindset influences, or does not influence, on the attitudes of modern medical workers. In the proposed material, the author will consider the idea (ideal) of due, which is the basis of “deontology”.

Key words: duty, deontology, medicine, philosophy, neodeontology.

Вопрос о правильном поведении человека в целях собственного или общественного благополучия представляет собой немалый пласт исследований, который невозможно охватить одной статьёй, поэтому мы

ограничимся тем, чем является деонтология, применяя её к профессиональной деятельности врачей. Следовательно, нам кажется целесообразным рассмотреть изучаемое понятие в рамках того, что этически допустимо и приемлемо на профессиональном уровне. Таким образом, образом, мы сможем определить категорию долженствования, которое является главным деонтологическим критерием этической сути человека, в силу того, что «как должно быть» пронизывает всю сложную иерархию человеческой деятельности сверху донизу», как заметил Э. Агаци [2, с. 64-65]. Помимо этого, нам кажется целесообразным подчеркнуть, что долженствование предполагает то, что человек *обязуется* поступать так и не иначе, руководствуясь тем, что И. Кант называл «категорическим императивом», на который, с позиций современной этики, можем смотреть как на «внутреннее приглашение воли к осуществлению ценностей, которые ведут к нравственному действию» [10, с. 143]. Соответственно, деонтологический подход, имеющий как раз своим ядром мировоззренческие установки И. Канта, предполагает, что человек поступает, следуя за понятием «высшего блага», которое является единством добра и счастья в качестве выполнения морального закона, универсально действующего для всех и каждого человека. Мы даем себе отчет о том, что в современных условиях такой подход может быть трудноосуществимым, как справедливо замечают ученые и философы, подчеркивающие, что, по И. Канту, долженствование всегда подтолкнет человека на правильную ценность, несмотря на биполярность ценностного и не ценностного при этическом выборе [7, с. 51], так, что, как утверждает Б. П. Вышеславцев, «ценности требуют безусловного господства в жизни носителя ценностей, человека», и вместе с тем они же требуют, чтобы это их господство не было безусловным» [3, с. 196]. Мы согласимся с данным выводом философа в силу того, что ценности не поглощают полностью личность человека, а представляют собой тот идеальный фонд, который не может не существовать в жизни человека, потому, что ценности и их носители «восполняют друг друга так, чтобы автономность и его воля в принятии решения не претерпели ущерб со стороны «автономии принципа» [7, с. 118], что не должно ни в коем случае произойти, если не хотим попасть в недопустимый этический вакуум. Если, как мы предлагали в качестве гипотезы, должна наличествовать некая между направляющим (ценности), и направляемым (автономная личность) диалектика, главной составляющей которой является человеческая воля, след за Р. М. Абдулгамилевым, мы можем утвердить, что уже во время получения высшего профессионального образования, необходимо фокусироваться на развитии мотивационно-ценностных способностей, характерологических качеств

и способностей [1, с. 213], которые способствуют укреплению воли и духовного совершенствования личности, т.е. развитию того, что называется ментальная сторона профессиональной культуры будущего профессионала.

Исходя из этого, мы можем прийти к промежуточному выводу, что воспитание будущих специалистов в уважении к должностованию, как главная составляющая профессии, способно предъявить в качестве «автономии принципа» идеал служения, радикальным образом отличающееся от предоставления услуг, предполагающего получение гонорара на формальном уровне и в коммерческих целях. Мы не отрицаем, что сегодняшние реалии – раздвоенность медицины на государственный и частный лагерь со всеми отсюда вытекающими последствиями – не могут быть изменены, в силу объективных факторов. Зато мы считаем, что образовательная политика в области здравоохранения, входящая в рамки национальных проектов Российской Федерации, должна быть направлена на наращивание тех ценностных оснований профессиональной личности, на которые мы уже указывали. Такая образовательная политика, на наш взгляд, может способствовать развитию человеческого капитала, одним из китов которого является «совесть», под которой подразумевается социальная ответственность личности в отношении себя и других, и способ самоусовершенствования, поскольку как такова, совесть, способствует критической оценке собственных действий и деяний. Следовательно, нам кажется, что медицинская деонтология должна иметь главными ценностями (ценностными ориентирами) совесть, ответственность, стремление к истине, верность к профессии, здоровье, честность, которые позволяют врачу не только безупречно исполнять свои профессиональные обязанности, но, одновременно, реализовать собственную личность в её целостности, в рамках формирования правильно «Я концепции врача» [4, 8].

Соответственно, мы можем предполагать, что медицинская деонтология не представляет собой свод законов, которым формально должен придерживаться врач в исполнении своих обязанностей. Скорее всего, на медицинскую деонтологию можно смотреть как на что-то этически значимое и значительное, которое должно проявиться в поступках, действиях, и в словах врача, поскольку то, что должное (суть деонтологии) не может быть чем-то отвлеченным, оторванным из жизни, а стать сутью образа жизни профессионала, воплощением долга врача, к которым мы можем отнести следующие ценности: сохранение, сбережение и забота здоровья населения, в силу того, что у каждого человека есть губительные привычки, часть которых имеет своим корнем действия, вытекающие из этически неправильного поведения людей. Поэтому нам кажется обоснованным подтвердить, что в процессе получения высшего профессионального медицинского

образования, главной целью должно быть достижение автономии личности, которую мы считаем самостоятельностью личности и ее правом отказать от выполнения этических неприемлемых действий (как с человеческой, так и с профессиональной точки зрения), и ее автономностью, под которой мы подразумеваем умелость и компетентность личности, осознание собственной индивидуальности, взрослость личности, так, что мы можем прийти к промежуточному выводу, что автономия и автономность личности позволяют этой последней действовать исходя из собственных убеждений и этических устоев, не поддаваясь к влиянию других людей в процессе принятия этически важных решений, поскольку как подтвердили Дж. Локк и И. Канта о своих трактатах о воспитании и педагогике [5, 458, 474-488, 6, 437], добродетели и достоинство человека проявляются тогда, когда человек отказывается от удовлетворения собственных желаний, и совершения этически не приемлемых действий, следуя за своими этическими принципами.

Вышеизложенным, конечно, мы не хотим сказать, что врачи должны фанатично исполнять свои должностные обязанности, но мы хотели бы делать акцент на том, что, поскольку медицинская профессия основана на взаимоотношениях «человек – человек», сама по себе предполагает признание другого человека в качестве личности, т.е. носителя собственных ценностей и мировоззренческих установок, автономного, способного осуществить этически значимые действия, и нуждающегося, прежде всего, в помощи (медицинской, психологической, и т.д.). А можно ли считать, что болезнь лишает человека возможности принять правильные решения, т.е. частично ограничивает его автономию как личности? Мы считаем, что есть возможность утвердить такой факт, если обратить внимание на то, что различные типы реакций на болезнь (астенически, депрессивный, ипохондрический, тревожно-мнительный) [9, 96-97], могут заставлять человека действовать так, как не предполагает состояние, в котором они находятся, и, так, что человек может повредить самому себе своими решениями, поскольку эмоционально-волевая регуляция больного может быть или расслабленной, или расстроенной. Поэтому мы предложим медицинскую деонтологию как этический – поведенческий подход к больному с холистической точки зрения, а не с редукционистских позиций, потому, что врач должен заботиться о человеке для сбережения его здоровья и благополучия, чтобы человек не страдал ни в какой из собственных ипостасей: духовная, физическая, моральная, психическая.

Естественно, мы понимаем, что наше толкование «деонтологии» может не соответствовать научной терминологии, учитывая, что «деонтология» представляет собой «изучение» того, что должно, но, в предлагаемом материале, нам казалось более целесообразным расширить ее суть вплоть

до разработки новых философских подходов, которые четче разделят грани деонтологии, как, практическая (прикладная) часть философского размышления в различных областях человеческой деятельности.

В заключение, мы хотели бы подчеркнуть еще раз, что на уровне взаимоотношений «врач – пациента», деонтология в предложенном нами варианте, может оказать более результативной, чем деонтология в ее обычном понимании, в силу того, что «неодеонтология», или «антропосдеонтология» (назовем ее так, условно), преодолевает ограничения, почти софистского характера, консеквенциализма и теории добродетелей, которые, в целях решения вопросов этического характера принимаю средства, которые не всегда являются этически однозначными, если хотим обратить внимание на вопрос «польза – ущерб», и на вопрос о «наименьшем зле». Следовательно, мы считаем, что кантовская деонтология, увидев в человеке – носителя ценностей, игнорирование которых невозможно, предполагает взаимоотношения человека к человеку под знаком взаимного уважения и созидания общего этической модели принятия решения, что может служить средством становления новой антропологической науки о врачебной деятельности, которая может быть полезной в рамках современного этического релятивизма.

Список литературы

1. Абдулгалимов Р. У. Профессионально-медицинская культура как основа разработки идеальной модели профессии врач // Вестник ГУУ. –2013. – №6. – С. 210-214.
2. Агацци Э. Человек как предмет философского познания / Э. Агацци // О человеческом в человеке / под общей ред. И. Т. Фролова. – М., 1991. – С. 59-79.
3. Вышеславцев, Б. П. Этика преображенного эроса / вступ. ст., сост. и коммент. В. В. Сапова. М.: Республика, 1994. 367 с.
4. Деревцова С. Н. Формирование профессиональных умений будущих провизоров в процессе изучения физики на основе межпредметной интеграции: автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – Калуга, 2010. – 24 с.
5. Кант И. Трактаты и письма / Вступит. статья А. В. Гулыги. М.: Наука, 1980. 709 с.
6. Локк Дж. в 3 т. /ред. и примеч.: И. С. Нарский, А. Л. Субботин; пер. с англ. А. Н. Савина. М.: Мысль, 1985-1988// Т. 103: Т. 3 / ред. и сост., авт. примеч. А. Л. Субботин. М.: Мысль, 1988. 668 с.
7. Мулюкова Л. Ф. Долженствование как возможный поступок//Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 17 (346). Философия. Социология. Культурология. Вып. 33. – С. 115-120.
8. Репс А. Г. Психологические условия личностного и профессионального становления специалиста в области фармации: дисс. ... канд. психол. наук. – Пятигорск, 2010. – 280 с.
9. Федотов В. П. Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании // ДВКС. – 2010. – №.1-2. – 88-113.
10. Философский словарь / Основан Г. Шмидтом, Под ред. Г. Шикшоффа, пер. с нем. М. М. Беляев и др. 22 изд., перераб. М.: Республика, 2003. 575 с.

ВАКЦИНАЦИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГРГМУ

Минкевич Н. Д., Грищенко А. Н.

Учреждение образования “Гродненский государственный медицинский университет”,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме: В этой статье проанализирована заболеваемость коронавирусной инфекции COVID-19 среди студентов Гродненского государственного медицинского университета, влияние вакцинации и других различных факторов на заболеваемость.

Ключевые слова: Коронавирус, вакцинация, заболеваемость, COVID-19.

VACCINATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC AMONG GRSMU STUDENTS

Minkevich N. D., Grishchenko A. N.

Educational Institution “Grodno State Medical University”, Grodno, Republic of Belarus

Summary: This article analyzed the incidence of coronavirus infection COVID-19 among students of the Grodno State Medical University, the influence of various factors on the incidence.

Key words: Coronavirus, vaccination, incidence, COVID-19.

Весной 2022 года нами было проведено исследование методом социологического опроса на базе платформы Google forms. В опросе участвовали 100 студентов 1-5 курсов Гродненского государственного медицинского университета, из которых 91 девушка и 9 юношей. При обработке полученных данных была использована программа Microsoft Excel 2013. Данные представлялись в абсолютных и относительных величинах.

Целью нашей работы было изучение влияния вакцинации на здоровье студентов, проанализировать полученные данные, а также сделать выводы исходя из полученных данных.

Из ста опрошенных студентов девяносто один процент опрошенных были лица женского пола, соответственно девять процентов – лица мужского пола. Распределение по возрасту следующее: тринадцать процентов опрошенных – лица семнадцати лет, двадцать девять процентов – восемнадцать лет, двадцать

один процент – девятнадцать лет, пятнадцать процентов – двадцать лет, восемь процентов – двадцать один год, двенадцать процентов – двадцать два года, по одному проценту – лица двадцати трёх и двадцати шести лет. Пятьдесят процентов респондентов имеет комнату в общежитии, двадцать семь процентов проживает на съёмной жилплощади, шестнадцать процентов проживают с родителями, семь процентов имеют собственную жилплощадь. Сорок три процента опрошенных студентов обучается на первом курсе нашего университета, тринадцать процентов – на втором курсе, двадцать шесть процентов – на третьем курсе, один процент – на четвёртом курсе, семнадцать процентов – на пятом курсе. В связи занятостью во время учебного процесса девяносто два процента опрошенных студентов не имеют постоянной работы, пять процентов работает в учреждениях здравоохранения, три процента работают в учреждениях общественного питания. Семьдесят девять процентов респондентов соблюдают респираторный этикет и носят маски в общественных местах, одиннадцать процентов носит маски постоянно, десять процентов не носят маски. Из ста опрошенных студентов шестьдесят девять не имеют хронических заболеваний, остальные же имеют: заболевания сердечно-сосудистой системы – восемь студентов; заболевания дыхательной системы – восемь студентов; заболевания почек–заболевания пищеварительной системы – пять студентов; заболевания эндокринных желёз – три студента. Большинство, а именно шестьдесят пять процентов, переболело COVID-19, так же пятьдесят три процента было вакцинировано от COVID-19. Вакцинированные отдавали предпочтение вакцине Vero Cell, ею привились сорок и восемь десятых процента, далее идут Спутник V – тридцать семь процентов, Спутник Лайт – двенадцать и две десятых процента, КовиВак – восемь и одна десятая процента, Pfizer – два процента. Пятьдесят три и четыре десятых процента, вакцинированных не имели осложнений после вакцинации, двадцать восемь процентов имело повышенную температуру тела, восемнадцать и шесть десятых процента ощущали боли в мышцах и суставах. Восемнадцать опрошенных заболели COVID-19 и после вакцинации, четверть из них делала ПЦР-тест для повторной диагностики, остальные же обратились к врачу, который поставил COVID-19 повторно по следующим симптомам: повышенная температура тела – семьдесят пять процентов, кашель – шестьдесят восемь и восемь десятых процента, насморк – шестьдесят восемь и восемь десятых процента, утомляемость – шестьдесят два с половиной процентов, боль в горле – пятьдесят процентов, потеря вкусов и запахов – сорок три и восемь десятых процента (При сложении получается больше ста процентов, т.к. это сочетанные симптомы).

На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что большинство респондентов переболело либо вакцинировано. Ношение масок частично уменьшает процент заболевших COVID-19. Проживание в местах большого скопления людей увеличивает шанс распространения COVID-19, особенно это характерно для студентов, проживающих в общежитии. Среди опрошенных 31% респондентов страдают заболеваниями различных систем, что является риском при вакцинации или при перенесении COVID-19. Vero Cell – наиболее популярная среди вакцин.

При повторной постановке диагноза COVID-19 после вакцинации или перенесенной болезни, из сочетанных симптомов, врачи делали основной упор на такие симптомы как повышение температуры тела, кашель, насморк, утомляемость, в наименьшей степени потеря обоняния, что может привести к мысли о гриппе, так как опрос проводился весной 2022 года, в сезон обострения болезней органов дыхания и заболеваемости гриппом. Необходимо отметить, что 46,6% респондентов имеют ответные реакции после вакцинации, такие как повышенная температура тела и боль в мышцах, хотя они и незначительны на них следует обратить внимание при проведении вакцинации.

Список литературы

1. Science Translational Medicine / VOL. 14, NO. 637 // A human antibody reveals a conserved site on beta-coronavirus spike proteins and confers protection against SARS-CoV-2 infection
2. J Gen Intern Med.2020 May;35(5):1545-1549.doi: 10.1007/s11606-020-05762-w. Epub 2020 Mar 4 // Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Мирская Н. Б.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков
ФГАУ «НМИЦ Здоровья детей» Минздрава России, Москва Россия

Резюме. Высокое распространение среди детей и подростков поведенческих факторов риска является индикатором здоровья, а устранение этих факторов, путём формирования стереотипов здорового образа жизни (ЗОЖ), важным направлением профилактики нарушений их здоровья. ЗОЖ во многом зависит от уровня гигиенической культуры, применительно к детям тесно связанной с культурой их родителей и семьи в целом. Совместные усилия

трёх важнейших субъектов формирования здоровья детей и подростков – семьи, педагогов и медработников, могут переломить ситуацию, что будет способствовать повышению профилактической активности подрастающего поколения в аспекте здоровья.

Ключевые слова: здоровье и ЗОЖ, факторы риска, дети и подростки

THE ROLE OF HEALTHY LIFESTYLE IN PRESERVATION AND STRENGTHENING OF HEALTH OF RISING GENERATION

Mirskaya N. B.

Research Institute of hygiene and health of children and adolescents
National Medical Research Center for Children's Health
Federal state autonomous institution of the Russian Federation Ministry of Health,
Moscow, Russia

Abstract. The high prevalence of behavioral risk factors among children and adolescents is an indicator of health, and the elimination of these factors, through the formation of stereotypes of a healthy lifestyle (HLS), is an important direction in the prevention of their health disorders. A healthy lifestyle largely depends on the level of hygienic culture, in relation to children, which is closely related to the culture of their parents and the family as a whole. The joint efforts of the three most important actors in the formation of the health of children and adolescents – families, teachers and health workers, can turn the tide, which will help increase the preventive activity of the younger generation in terms of health.

Key words: health and healthy lifestyle, risk factors, children and adolescents.

Несмотря на достигнутые успехи в области медицины, здоровье населения нашей страны, и особенно подрастающего поколения, продолжает ухудшаться [1-4]. Всё более очевидным становится то, что не только социально-экономические преобразования последних десятилетий обуславливают неудовлетворительное состояние здоровья людей. Здоровье, являясь элементом общечеловеческой культуры, не стало в сложившейся ситуации первостепенной жизненной ценностью, уступив место другим социально значимым ценностям (карьере, бытовому и материальному благополучию и др.). У населения сохраняется потребительское отношение к собственному здоровью, недостаточная ответственность за его сохранение и укрепление, довольно низкий уровень медико-гигиенической культуры [4-5].

Актуализация проблемы по воспитанию ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих определила цель настоящей статьи.

Но прежде, чем перейти непосредственно к обозначенной проблеме, автор статьи посчитала необходимым сделать небольшой исторический экскурс, посвящённый трансформации понятий «здоровье» с середины прошлого века до настоящего времени.

В результате развития медицинской науки и практики понятие «здоровье» в течение нескольких десятилетий неоднократно менялось и дополнялось. Первое определение здоровью было дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1948 году как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». «Однако Х. Ноак и ряд других специалистов, таких как Stokes J, Noren J. J., Shindell S., Last J. M. подвергли критике данное определение. «На их взгляд «оно было плохо сформулировано и перечисленные его составляющие не могли быть измерены». «Но только более чем через 30 лет, в 1984 году ВОЗ расширила определение здоровья, и в сокращённом варианте оно стало звучать как: «...Возможность человека или группы лиц реализовать свои ожидания и потребности, а также меняться или приспосабливаться к окружающей среде. Здоровье – это ресурс повседневной жизни, но не цель существования. Это позитивное понятие, также подчёркивающее социальные и личностные ресурсы, а также физические возможности». А ещё через 10 лет, «в 1995 году ВОЗ дополнила понятие здоровья экологическим компонентом, определив его как «состояние, когда имеются средства для удовлетворения потребностей человека, а условия его жизни и работы защищены от факторов, угрожающих жизни, а также от загрязнений, создающих угрозу для его здоровья, от патогенных микробов и опасностей физического характера». Были также попытки учёных в разные годы дать своё определение здоровья. «Stokes J. определял здоровье как «Состояние, характеризующееся анатомической, физиологической и психологической целостностью; способность выполнять личностно-значимые социальные роли (в семье, на работе и в обществе); справляться с физическим, биологическим, психологическим и социальным стрессом; чувство благополучия; отсутствие риска заболевания или преждевременной смерти». «Last J. M. считал, что здоровье это «Состояние равновесия между человеком и его физическим, биологическим и социальным окружением, совместимое с полной физической активностью», и он же, уже значительно позже, в 2009 году, рассматривал здоровье как: «Устойчивое состояние, в котором люди и окружающие их живые существа, с которыми они взаимодействуют, могут сосуществовать независимо в равновесии». «Так слово health происходит от староанглийского слова hal, что означает whole (целостность)».

Наши специалисты во главе с Н. В. Панкратовой (1989) рассматривали здоровье как «естественную, абсолютную и непреходящую жизненную

ценность, занимающую самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей, а также в системе таких категорий человеческого бытия, как интересы и идеалы, гармония, красота, смысл и счастье жизни, творческий труд, программа и ритм жизнедеятельности».

В своей книге «Раздумья о здоровье» Н. М. Амосов писал о том, что «здоровье необходимо, чтобы быть здоровым, но это не должно быть самоцелью. Здоровье ради здоровья не нужно. Оно ценно тем, что позволяет плодотворно трудиться, гармонично развиваться, быть социально и духовно активным».

В настоящее время понятие здоровья в нашей стране «рассматривается как: «Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» (ФЗРФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ). Внесённое дополнение, касающееся функциональных расстройств, очень важно и своевременно, т. к. диктует необходимость теперь более серьёзно и ответственно относиться к наличию функциональных нарушений и отклонений различных органов и систем организма, рассматривая их как начало нарушения здоровья.

«Академик Ю. П. Лисицын относился к здоровью как к «гармоничному единству биологических и социальных качеств, обусловленных врождёнными и приобретёнными биологическими и социальными воздействиями, а болезнь считал нарушением этого единства, этой гармонии». В своих трудах он также указывал на то, что: «Динамическое равновесие организма с окружающей природой и социальной средой обусловлено адаптационно приспособительными механизмами организма и характеризуется иммунологической резистентностью малой интенсивности. Это состояние может активно изменяться в ту или другую сторону за счёт поведенческих реакций (позитивных или негативных), на которые следует биологический отклик. Нарушение же связи среда-организм влечёт за собой снижение биологической и социальной активности, т.е. возникновение болезни. Из чего следует, что поведение людей в повседневной жизни, т.е. их образ жизни, определяет состояние их здоровья». Поэтому сейчас правильнее говорить не о болезнях цивилизации, а о болезнях образа жизни.

«Определение (понятие) «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) также как и определение «здоровье», было и остаётся объектом теоретических дискуссий. Ю. П. Лисицын рассматривал ЗОЖ как «деятельность, активность личности, группы людей, общества, использующих материальные и духовные условия и возможности в интересах здоровья, гармоничного физического и духовного развития человека». «Д. А. Изуткин (1984) относился к ЗОЖ как «к способу активной биосоциальной жизнедеятельности людей, которые в максимальной

и непосредственной степени укрепляют индивидуальное и общественное здоровье при наличии благоприятных и природных условий». «Е. Г. Жук (1990) «считал ЗОЖ осознанным в своей необходимости постоянное выполнение гигиенических правил укрепления и сохранения индивидуального и общественного здоровья, как основы высокой и продолжительной работоспособности, сочетающейся с разумным отношением к окружающей природной и социальной среде». В данном случае ЗОЖ рассматривается как основа для соблюдения медико-гигиенических норм, которые создают предпосылки укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

В связи с вышесказанным «ЗОЖ следует рассматривать не только как специальный вид деятельности, но и как организацию всей жизнедеятельности человека, направленную на сохранение и укрепление здоровья. Такая деятельность по оздоровлению условий жизни нужна для более полноценного выполнения индивидом человеческих функций. В современных условиях ЗОЖ можно рассматривать как ситуационную адаптацию» [6]. Среди элементов, формирующих здоровье, ведущим является информированность [6-8].

В формировании ЗОЖ дети являются наиболее перспективной возрастной категорией. Именно в детстве происходит усвоение основных объёмов информации, выработка фундаментальных жизненных стереотипов. Эффективно формировать ЗОЖ детей и подростков можно опираясь на знание реальной жизни детей для чего необходимо постоянно проводить мониторинг распространённости среди детей факторов риска развития заболеваний и травматизма. При изучении образа жизни семей, имеющих детей школьного возраста, выявлена высокая распространённость основных факторов риска развития инфекционных и неинфекционных заболеваний, связанных с поведенческими привычками и образом жизни. Среди них несоблюдение правил гигиены, несбалансированное питание, гипокinezия, курение, стресс и др. Родители очень мало времени уделяют вопросам охраны здоровья своих детей, уровень их знаний крайне низок [7-8]. Так лишь ухудшение здоровья в 44,4% случаев побуждает людей заботиться о своём здоровье.

Несмотря на то, что в настоящее время появилось много различных материалов о ЗОЖ, они недостаточно отвечают потребностям общества, которое остро нуждается в медико-образовательных программах, моделях и обучающих материалах по формированию, сохранению и укреплению здоровья. Поэтому информация по различным аспектам ЗОЖ должна быть объективной, иметь научную основу и соответствовать требованиям доказательной медицины. В связи с этим в современных условиях, когда возрастает роль индивидуума по охране собственного здоровья, необходимо усилить работу по привитию культуры здоровья населения, у которого имеется недостаточный уровень знаний о формировании ЗОЖ, факторах риска и

способах поддержания и сохранения здоровья. Основные усилия должны быть направлены на управляемые факторы, на формирование менталитета престижности здоровья активной личной позиции к позитивным изменениям в образе жизни, пересмотру норм и ценностей, принятых в обществе. Особое внимание в этом аспекте необходимо уделять детям, подросткам и молодёжи [2, 4, 5]. Научные исследования по обучению здоровью, на примере костно-мышечной системы, подтвердили возможность стабилизации заболеваемости и даже улучшения показателей здоровья школьников методами гигиенического воспитания и формирования у них ЗОЖ [7-9].

Многолетний мониторинг закономерностей формирования отношения к здоровью стабильно выявляет тенденцию ведущей роли семьи в становлении здорового стиля поведения детей, подростков и молодёжи. Семье принадлежит большая роль в системе формирования у детей и подростков жизненных ценностных ориентаций. Именно в семье ребёнок впервые приобщается к общей культуре и в том числе, гигиенической. Выполнение семьёй таких своих основных функций как репродуктивная, просветительная, социальная, экономическая, медицинская, культурная социализация и др. зависит от социально-гигиенических особенностей образа жизни семьи [9-10].

Согласно должностным инструкциям, санитарно-гигиеническую просветительную работу среди родителей (законных представителей) по вопросам профилактики заболеваний обучающихся и формирования у них ЗОЖ, осуществляет медицинский персонал детской поликлиники отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (Приказ МЗРФ №822н от 5.11.2013г. Приложение 1, Приложения 4, 5, 6). В помощь этим медработникам подготовлены и утверждены Федеральные рекомендации (ФР-РОШУМЗ- 30-2016). Данные рекомендации включают необходимые сведения по организации и проведению общегигиенического воспитания родителей с целью повышения уровня их санитарной культуры и роли ЗОЖ семьи в охране и укреплении здоровья обучающихся. В них определён объём знаний, необходимый для формирования гигиенических навыков, умений, привычек, которыми должны овладеть несовершеннолетние обучающиеся, на протяжении всех лет обучения в образовательных организациях [10].

Таким образом, продолжающееся ухудшение состояния здоровья граждан нашей страны, в особенности подрастающего поколения, актуализирует профилактику как генеральное направление отечественного здравоохранения, которое следует совершенствовать в деятельности детских поликлиник и общеобразовательных организаций. Совместные усилия трёх важнейших субъектов формирования здоровья детей и подростков – семьи, школьного коллектива и медицинских работников детской поликлиники, могут

переломить ситуацию, что будет способствовать повышению профилактической активности подрастающего поколения в аспекте здоровья.

Список литературы

1. Рапопорт И. К. Здоровье учащихся: динамика и рекомендации к позитивным изменениям. Что показывают лонгитюдные исследования школ Москвы. Народное образование. 2017; 6: 75-80.
2. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Рапопорт И. К., Шубочкина Е. И., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю. Популяционное здоровье детского населения, риски здоровью и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технологии деятельности. Гигиена и санитария. 2017; т. 96, 12: 990-995.
3. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Альбицкий В. Ю., Терлецкая Р. Н. Состояние здоровья детей современной России (Серия «Социальная педиатрия», выпуск 20). М.: «ПедиатрЪ». 2018. 120с.
4. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления. Казанский медицинский журнал. 2018; т.99, 4: 698-703.
5. Кучма В. Р., Соколова С. Б. Поведенческие риски, опасные для здоровья школьников XXI века. Монография. М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 2017; 170с.
6. Лисицын Ю. П., Здравоохранение и страхование здоровья в XXI в. М., 2001. 192с.
7. Ручкина Н. А., Мирская Н. Б., Вольфсдорф Е. И. Формирование здорового образа жизни с использованием здоровьесберегающих технологий в современной школе. Сб. матер. научно-практ. конф. «Безопасная образовательная среда в современной школе». М.: МГПУ; 2016: 13-21.
8. Мирская Н. Б., Коломенская А. Н. Реализация здоровьесберегающих технологий в профилактике школьно обусловленных заболеваний. Сб. матер. научно-практ. конф. «Безопасная образовательная среда в современной школе». М.: МГПУ; 2016: 39-44.
9. Мирская Н. Б., Коломенская А. Н., Медведь Л. М., Синякина А. Д., Краилина С. И., Росомаха Р. М., Иванова Т. Л. Партнёрство семьи и школы как необходимое условие деятельности по предупреждению нарушений и заболеваний костно-мышечной системы школьников. Проблемы управления здравоохранением. М., 2009; 3: 81-88.
10. Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях. / Н. Б. Мирская, А. Н. Коломенская, Л. М. Симкалова, Е. Л. Дедух, Н. А. Ручкина, Т. Н. Шишкова, Е. И. Вольфсдорф, Л. В. Стрижиченко, Л. В. Белоусова. В кн.: Кучма В.Р., ред. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся. Издание 2-е, дополненное. Том II. М.: НМИЦ здоровья детей Минздрава России; 2019: 445-453.

ЭКСТРЕННАЯ И ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ УЗ «ГКБСМП» г. ГРОДНО

Мисевра Е. В., Корсак В. Э.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Резюме. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и старше. В данной статье отображены данные собственных исследований на примере 102 пациентов с данной патологией из УЗ «ГКБСМП» г. Гродно.

Ключевые слова: экстренная и плановая медицинская помощь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, патогенез

EMERGENCY AND ROUTINE HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA ON THE EXAMPLE OF THE EMERGENCY HOSPITAL IN GRODNO

Misevra E. V., Korsak V. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common benign neoplasm in men aged 40 to 50 and older. This article displays the data of our own research on the example of 102 patients with this pathology from the ME "GKBSMP" in Grodno.

Key words: emergency and planned medical care, benign prostatic hyperplasia, pathogenesis

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), является прогрессирующим с возрастом патологическим состоянием, встречающимся у 80% мужчин в возрасте от 50 до 85 лет. ДГПЖ может протекать бессимптомно, реагировать на изменения образа жизни или нуждаться в медикаментозном или хирургическом лечении. Как правило, заболевание имеет *длительное* течение, а симптоматика может неуклонно *прогрессировать* и рецидивировать, часто отсутствие эффекта от адекватно проводимого лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях,

вынуждает обращаться пациентов в стационар для активного (оперативного или консервативного) лечения.

Нами проанализировано 102 медицинские карты стационарного пациента, которые находились на лечении в отделении урологии УЗ «ГКБСМП» г. Гродно с 2019 по 2021 г. Их отбор осуществлен пропорционально общей структуре госпитализированных больных с диагнозом ДГПЖ. Степень достоверности полученных результатов и выводов обоснована применением традиционных подходов к статистической обработке полученного массива данных с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Из всех госпитализированных с ДГПЖ, преобладали пациенты, поступившие на лечение в плановом порядке (65,7%) и имеющие направление для лечения из поликлиники.

Из числа прооперированных по абсолютным показаниям превалировала чрезузырная аденомэктомия 43 (65,2%) и в два раза меньше выполнялась чрезузырная аденомэктомия с двухсторонней вазорезекцией 22 (33,3%), трансуретральная резекция предстательной железы составила 1 (1,5%). Предварительный диагноз: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, который совпал с заключительным в 63 (94%) случаях, а у 4 (6%) пациентов было выявлено злокачественное образование предстательной железы.

Из числа госпитализированных по экстренным показаниям поликлиникой было направлено 8 человек (22,2%), станцией скорой помощи 6 человек (16,6%), самостоятельно обратились 22 человека (61,2%). У них было выполнено 14 чрезузырных аденомэктомий с двухсторонней вазорезекцией (38,9%), 21 чрезузырная аденомэктомия (58,3%) и 1 трансуретральная резекция предстательной железы (2,8%). Предварительными диагнозами при поступлении в экстренном порядке были: острая задержка мочеиспускания – 21 (58,4%), нефункционирующая цистостома – 8 (22,3%), гематурия – 5 (13,9%), острый эпидидимит – 1 (2,7%), острый простатит – 1 (2,7%). У 3 пациентов обнаружено злокачественное образование предстательной железы. Средняя продолжительность операции при чрезузырной аденомэктомии составила 68,5 минут, при чрезузырной аденомэктомии с двухсторонней вазорезекцией 77,3 минуты, при трансуретральной резекции предстательной железы 67,5 минут.

Проведенный анализ показал преимущество обструктивной симптоматики у госпитализированных с ДГПЖ, что было показанием к оперативному вмешательству.

Наиболее часто пациенты с ДГПЖ обращаются впервые именно в поликлиники, что объясняет большую часть госпитализированных по абсолютным показаниям.

Соотношение числа выполненных операций различными методиками к друг другу не зависит от показаний, по которым был госпитализирован пациент, и составило – 1,5-2:1 (чрезпузырная аденомэктомия к чрезпузырной аденомэктомии с вазорезекцией). Число трансуретральных резекций одинаково – 1:1.

Аналогично соотношение числа обнаруженных злокачественных новообразований предстательной железы не зависело от показаний, по которым госпитализировали больного и составило – 12-16,5:1 (количество совпавших заключительных диагнозов к несовпавшим).

Наиболее длительной операцией из вышеперечисленных является чрезпузырная аденомэктомия с двухсторонней вазорезекцией, за счет большего объема манипуляций.

Список литературы

1. Joseph C, Presti Jr: Benign prostatic hyperplasia incidence and epidemiology. -2007.
2. Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, В. В. Базаев и др. Под ред. Н. А. Лопаткина. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1997, с. 169.
3. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology -2006, с.59 .

ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мисевра Е. В., Корсак В. Э.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Резюме. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и старше. Методы лечения данного заболевания шагнули далеко вперед, однако вопросам профилактики придается меньшее значение. В данной статье мы осветили наиболее эффективные методы профилактики, которые применяются на сегодняшний день.

Ключевые слова: профилактика, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, патогенез

SEARCH FOR EFFECTIVE METHODS FOR THE PREVENTION OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

Misevra E. V., Korsak V. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common benign neoplasm in men aged 40 to 50 and older. Methods of treatment of this disease have stepped far forward, but less importance is attached to prevention. In this article, we have highlighted the most effective prevention methods that are used today.

Key words: prevention, benign prostatic hyperplasia, pathogenesis

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся у мужчин в возрасте 40-50 лет и старше. В то же время гистологические признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы в возрастной группе 50-59 лет выявлены у 40% мужчин, в возрасте 60 лет и старше – более чем у 75%, а клинические проявления заболевания – у 20 и более чем у 35% соответственно [1]. Однако доброкачественная гиперплазия предстательной железы предсказуема и предотвратима, поэтому вопрос профилактики доброкачественной гиперплазии предстательной железы является актуальным на сегодняшний день [2].

Мировая статистика свидетельствует, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – самая распространенная урологическая патология среди мужчин пожилого и старческого возраста. В последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается выраженная тенденция к распространению ДГПЖ, что обусловлено старением населения и, соответственно, увеличением доли мужского населения старших возрастных групп [3].

Сведения о распространенности данного заболевания в мире разноречивы из-за недостаточной обращаемости мужчин за медицинской помощью. По данным отечественных исследований, доля мужчин, обращающихся к урологам по поводу ДГПЖ, составляет не более 7% от предполагаемого числа лиц с клинической симптоматикой [4]. Низкая активная выявляемость ДГПЖ приводит к поздней диагностике, прогрессированию заболевания и развитию осложнений, требующих дорогостоящего стационарного лечения. Это выводит данное заболевание в ряд первоочередных медицинских, социальных и экономических проблем здравоохранения.

Основная причина доброкачественной гиперплазии предстательной железы – возрастные изменения, влекущие гормональные колебания. В этом случае мужская мочеполовая система функционирует без сбоев, но запускается естественное старение организма. Предполагается, что доброкачественная гиперплазия становится следствием стимуляции рецепторов простаты на фоне повышения концентрации эстрадиола и дигидротестостерона. Риск развития аденомы повышают такие факторы, как наследственная предрасположенность, сахарный диабет, лишний вес, неправильно построенный рацион питания, в особенности избыток жирной пищи. Гипертензия, диабет, сердечные заболевания, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия в анамнезе были значимо связаны с повышенным риском доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Также городские жители в большей степени подвержены этому заболеванию, в отличие от сельских [5].

Для предупреждения развития заболевания необходимо проводить систематический анализ заболеваемости населения доброкачественной гиперплазией предстательной железы и выступать с инициативой разработки целевых программ первичной профилактики данной патологии.

Точная причина доброкачественной гиперплазии предстательной железы неизвестна, и единственными двумя установленными факторами являются возраст и наличие андрогенов. Хотя присутствие тестостерона необходимо для развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы, считается, что тестостерон не является основным фактором, вызывающим доброкачественную гиперплазию предстательной железы, поскольку у пожилых мужчин уровень тестостерона снижается [6]. Недавние исследования показали, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы связана с повышением соотношения эстрадиол/тестостерон в плазме, инсулина и инсулиноподобного фактора роста-I. Ежедневные аэробные упражнения способствуют снижению данных гормонов в плазме. Ожирение потенциально снижает эффективность ингибиторов 5 α -редуктазы, одна из функций которых – снижение роста эпителиальных клеток предстательной железы [7, 8]. Значительная тенденция к увеличению риска гиперплазии предстательной железы была обнаружена при более частом потреблении зерновых, хлеба, яиц и птицы. [9, 10]. Обратная зависимость наблюдались для супов, бобовых, вареных овощей и цитрусовых. Каротиноид ликопин и селен – обладают доказанными антиоксидантным и противовоспалительным действием, которые в комбинации способны уменьшить воспаление предстательной железы в гистологических срезах и дополнительно улучшить показатели у пациентов с ранее диагностированной гиперплазией предстательной железы, получающих лечение тамсулозином. [10]. Подобные эффекты могут быть

получены при использовании других каротиноидов, таких как астаксантин и цинк.

В результате, необходимо отметить, что ожирение, физическая активность и диета существенно влияют на риск развития гиперплазии предстательной железы, а диета, богатая злаками, некоторыми видами мяса и бедная овощами, бобовыми, вероятно, способствует развитию гиперплазии предстательной железы. Таким образом, изменение образа жизни, снижение веса, модификация диеты и употребление пищевых добавок могут являться эффективными методами профилактики развития гиперплазии предстательной железы.

Список литературы

1. Joseph C, Presti Jr: Benign prostatic hyperplasia incidence and epidemiology. – 2007.
2. Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, В. В. Базаев и др. Под ред. Н. А. Лопаткина. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1997, с. 169.
3. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology -2006, с.59 .
4. А. В. Сивков Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: персональный взгляд. // Урология сегодня. 2010. № 6. С. 7-11.
5. Mirone V., Carrieri G., Risk factors for benign prostatic enlargement: The role of lifestyle habits at younger age, Naples / Vincenzo Mirone , Giuseppe Carrieri // University of Naples Federico II , Naples. – 2017.
6. В. Н. Степанов, О. В. Теодорович, А. В. Серегин, З. А. Кадыров. Лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы проскармом MSD (финастерид). // Урология и нефрология. 1995, №5, с. 28-30.
7. Н. А. Лопаткин, О. Б. Лоран, Д. Ю. Пушкарь, Т. С. Перепанова и др. Опыт применения доксазозина у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Урология и нефрология. 1998, №3, с. 3-7.
8. Ткачук В. Н., Кузьмин И. В. Эффективность альфузозина (дальфаза) у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Урология и нефрология. 1998, №2, с. 38-39.
9. Barnard, Benign Prostatic Hyperplasia: Does Lifestyle Play a Role. CA / R. James Barnard, William J. Aronson // Department of Physiological Science, CA. – 2015.
10. Raheem, Associations of obesity, physical activity and diet with benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms SD /Omer A Raheem 1, J Kellogg Parsons // San Diego Health System, San Diego. – 2014.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРЕСТИЖ И ПРИЗНАНИЕ ПРОФЕССИИ ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Мосиенко О. С.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Резюме: в статье приводятся выборочные результаты глубинных интервью врачей, проведенных научным коллективом ЮФУ в рамках проекта Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации об оценке социального престижа профессии врача, а также анализируются материалы аналогичных исследований ВЦИОМ, ФОМ, НАФИ.

Ключевые слова: социальный престиж, медицинская профессия, профессия врача, пандемия COVID-19.

SOCIAL PRESTIGE AND RECOGNITION OF THE MEDICAL PROFESSION DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Mosienko O. S.

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

Summary: the article presents selective results of in-depth interviews with doctors conducted by the SFedU research team as part of the project Social well-being of the professional medical community in a difficult epidemiological situation on assessing the social prestige of the medical profession, and also analyzes materials from similar studies by VTsIOM, FOM, NAFI.

Key words: social prestige, medical profession, medical profession, COVID-19 pandemic.

Диагностикой различных аспектов социального самочувствия медицинских работников в России в разное время занимались социологи, психологи, экономисты. Социально-экономическую составляющую социального самочувствия российских врачей в разные годы анализировали И. А. Гареева, А. В. Лядова, Д. И. Присяжнюк и др. Авторы отмечают ряд общих проблем медицины и здравоохранения, актуальных на протяжении всего периода исследований: низкая заработная плата, снижение престижа профессии, отсутствие эффективных программ государственной поддержки, низкий уровень правовой защиты и др. Изучением социального самочувствия

российских врачей в социально-профессиональном плане через призму структуры, уровней, генезиса и динамики профессиональной идентичности занимались Т. А. Мироненко, Т. В. Капустина, О. С. Оканина, А. А. Водяха и др. Изучению профессионального самочувствия медицинских работников как показателя качества медицинских услуг в учреждениях здравоохранения посвящены научные работы Т. В. Игнатовой, О. Е. Еремина.

Преследуя цель социологического измерения социального самочувствия профессионального медицинского сообщества в условиях сложной эпидемиологической ситуации, исследовательский проект научного коллектива Южного федерального университета, г. Ростов-на-Дону, Россия (Н. А. Вялых, О. С. Мосиенко, О. А. Нор-Аревян, Ю. С. Панфилова, О. Ю. Посухова, А. И. Черевкова), который в 2020-2022 гг. реализуется по гранту РФФИ [1], выгодно отличается на фоне вышеупомянутых исследований в рамках других научных областей, прежде всего оригинальностью выбранного объекта исследования (не только врачи бюджетных лечебных учреждений г. Ростова-на-Дону и других населенных пунктов Ростовской области, но и средний медицинский персонал; медицинские работники, как занятые в работе с ковид-пациентами, так и не задействованные в ней), выбором интегративного подхода к исследованию социального самочувствия профессионального медицинского сообщества путем синтеза структурно-функциональной и феноменологической методологии, использованием сочетания количественных и качественных исследовательских процедур (серия из 40 глубинных интервью на первом этапе (20 с врачами и 20 с представителями среднего медицинского персонала) и массовое анкетирование медицинских работников на втором этапе), глубоким анализом данных официальной статистики, нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность в сложной эпидемиологической ситуации, результатов социологических исследований ведущих аналитических центров, официальных документов Всемирной организации здравоохранения, данных федеральных, региональных и местных органов власти, публикаций в масс-медиа.

Ведущие научные социологические центры нашей страны в период пандемии также представили результаты своих исследований на тему социального престижа медицинской профессии, отношения, доверия к врачам, медикам. Так, материалы опроса 300 медицинских работников и 600 россиян в возрасте старше 18 лет, проведенного Аналитическим центром НАФИ в июне 2020 года [2], свидетельствуют, что пандемия изменила отношение многих опрошенных россиян к медицинским работникам: 44% отметили рост уважения к медикам (50% отметили отсутствие изменений в отношении, 6% – уменьшение уважения), в среде самих медицинских работников о росте уважения к себе и своим коллегам сказали 32% (58% отметили отсутствие изменений в отношении, 10% – уменьшение уважения), также большая часть

медиков (61%) испытывает профессиональную гордость за свою профессию и трудовую деятельность.

ВЦИОМ в марте 2020 года представил данные о восприятии россиянами профессии врача и отношении к медицинским работникам [3]. 49% россиян выделили врачей из списка общественно значимых профессий и отметили, что «Врач – настоящий герой нашего времени!». Профессия врача является социально значимой и общественно полезной, что формирует положительное отношение и доверие к ней среди россиян. В 2020 году россияне демонстрируют высокий уровень доверия к врачам. Более половины респондентов, а именно 61% убеждены, что эпидемиологические и медицинские службы способны защитить население от распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 (44% скорее убеждены, 17% определенно убеждены).

Фонд «Общественное мнение» (ФОМ) 26 сентября 2020 года презентовал данные аналогичного всероссийского телефонного опроса 1000 респондентов, граждан РФ от 18 лет и старше по теме престижа профессии врача, доверия врачам и их профессионализма [4]. 42% опрошенных ФОМ посчитали, что сегодня в российском обществе престиж профессии врача высокий, 42% – что низкий. Для уточнения был задан следующий вопрос: Как вам кажется, в последнее время престиж профессии врача растёт, снижается или не меняется?: 36% респондентов считают, что ее престиж растет, 17% – что снижается, 36% – что не меняется. Т.е. произошедшая во время пандемии героизация врачей в сознании около трети россиян сделала врачебное дело более уважаемым и престижным. Аргументы в пользу мнения о снижении престижа очевидны: низкие зарплаты врачей – 7%; низкий уровень медицинского образования, непрофессионализм врачей – 6%, упадок медицины, развал системы здравоохранения, неудачная оптимизация – 3%, платные медицинские услуги – 2%, тяжелые условия труда медицинских работников, бюрократизация – 2%.

Одним из индикаторов социального самочувствия медицинских работников в проекте научного коллектива ЮФУ Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации заявлен уровень социального престижа и признания медицинской профессии. Так, на вопрос гайда глубинного интервью «Верно, ли будет сказать, что Ваша профессии престижна во все времена?» мнения наших информантов врачей (лиц с высшим медицинским образованием) поровну разделились. Первая половина продемонстрировала уверенную и однозначную позицию, что: «Да, естественно профессия врача престижна во все времена»: Естественно; Да! Даже если и ругали в 1990-е годы, все равно это социально значимая профессия; Да, я считаю, что это очень актуальная и полезная профессия; Верно, да! Даже если говорить не о профессии в целом, а

о специализации, моя специализация престижна во все времена; Со стороны обычных людей идет волна благодарности, внимания, которого раньше не было. Даже со стороны пациентов это проявляется явственнее; Каждый день я слышу, что я и другие врачи причастны к тому, что спасли человеку жизнь; Да! Люди хотят жить!

Однако, также существенно, весомо и негативно эмоционально окрашено противоположное мнение информантов врачей, которые убеждены, что профессия врача непрестижна сегодня по следующим причинам: Абсолютно непрестижна, если понимать под этим признание общества; К врачам относятся как к носителям услуг; Можно спокойно написать жалобу: их всех накажут, их всех уволят; Идет деградация и врачом работать сейчас просто невозможно; Раньше население к нам относилось намного доброжелательнее, чем сейчас; Как только появляешься на вызове, к тебе чаще всего относятся настороженно или даже враждебно; Престижна профессия была в 1990-е, когда перед врачом на колени вставали, Богу молились перед врачами; В современном мире уважающих институтскую профессию остались единицы; Нас вывели в режим услуги, нас считают услугой; Скорую помощь к сожалению, очень мало, кто ценит; Людям, конечно, сейчас много мы должны; Люди сами позорят себя и свою профессию; Не должно быть так, что врач, спасающий жизни людей, должен жить на копейки и ждать подачек.

Поэтому, заявлять на основе лишь некоторых данных, что престиж профессии врача в период пандемии COVID-19 действительно вырос, преждевременно. Приведенные здесь исследовательские результаты, скорее, выявили характерное для текущего момента представление о динамике социального престижа и признания профессии врача, причем исключительно в условиях пандемии. В действительности же престиж профессии врача определяется эмпирическим опытом, а этот опыт (зачастую – негативный) сегодняшняя героизация врачей отменить не может, поэтому и общие оценки ситуации, и уровень доверия населения к врачам практически не изменились.

Список литературы

1. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.
2. После пандемии: уважение к медработникам выросло / Опрос НАФИ с 15 по 18 июня 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nafu.ru/analytics/posle-pandemii-uvazhenie-k-medrabotnikam-vyroslo/> (дата обращения 05.04.2022)
3. Врач – самая важная профессия! / ВЦИОМ от 23 марта 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-samaya-vazhnaya-professiya> (дата обращения 06.04.2022)
4. Престиж профессии врача. О доверии врачам и их профессионализме. Влияние пандемии на выбор профессии / ФОМ от 26 сентября 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14462> (дата обращения 06.04.2022)

ТРАДИЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ

Назарова И. Б.

Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

Резюме. Исследуя здоровье населения и человека, целесообразно использовать междисциплинарный подход, учитывая разницу в здоровье различных социальных групп. Основные показатели, характеризующие здоровье, существенно различаются в гендерном разрезе на макроуровне и на уровне индивидуальном. Ожидаемая продолжительность жизни снизилась в первый год пандемии, увеличив разрыв между мужчинами и женщинами. Увеличилась смертность по причинам болезней органов дыхания и кровообращения. Тенденция к снижению произошла в самооценках психического здоровья: в 2020 году удовлетворены полностью и скорее удовлетворены жизнью 52,7% мужчин и 50,1% женщин, пятая часть – не удовлетворены. В самооценках физического здоровья позитивный тренд сохранился.

Ключевые слова: здоровье населения, человеческий потенциал.

TRADITIONS IN HEALTH RESEARCH

Nazarova I. B.

Institute of SocioEconomic Studies of Population of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

Summary. When studying the health of the population and the individual, it is advisable to use an interdisciplinary approach, taking into account the difference in the health of various social groups. The main indicators characterizing health differ significantly by gender at the macro level and at the individual level. Life expectancy declined in the first year of the pandemic, widening the gap between men and women. Mortality due to diseases of the respiratory and circulatory organs has increased. A downward trend has occurred in self-assessments of mental health: in 2020, 52.7% of men and 50.1% of women are completely satisfied and rather satisfied with their lives, a fifth of them are not satisfied. In self-assessments of physical health, the positive trend is still preserved.

Key words: population health, human development.

Здоровье – безусловная ценность, напрямую связанная с благополучием человека и это одна из причин по которой здоровье стало предметом

междисциплинарных исследований. Проблема ценности здоровья, его качества и сбережения важна не только представителям медицины, но и других наук. В исследовании здоровья целесообразно использовать подходы человеческого потенциала и качества человеческого капитала [Римашевская, 2001]. Указанные подходы позволяют достаточно широко и всеобъемлюще посмотреть на вопросы здоровья, исследовать множество факторов различной этимологии, влияющих на здоровье представителей различных социально-демографических групп. При этом качество населения оценивается с использованием показателей здоровья: физического социального, психологического. Сочетание объективных и субъективных показателей, характеризующих здоровье (демографических характеристик и результатов социологических исследований) также позволяет расширить поле информации о здоровье.

Проект «Таганрог», исполняемый под руководством Н. Римашевской в течение 50 лет в 1967-2016 гг. – единственный уникальный проект по широте исследования городского населения и полувековой его длительности позволил получить субъективные данные по многим сторонам жизни населения типичного российского города в исторической перспективе. В том числе по здоровью. Исследователи использовали в анализе данных результаты исследования и объективную информацию о жителях города, региона [Римашевская, Крошилин, Медведева].

В пореформенный период проведения исследователи столкнулись с беспрецедентными потерями здоровья населения, имеющийся инструментарий и данные не могли позволить исследовать здоровье основательно. Отмечалось отсутствие необходимой для анализа информации, позволяющей сделать полноценное междисциплинарное исследование. Традиционных источников информации, таких как переписи населения, специальные выборочные обследования, текущая статистическая отчетность было недостаточно. Именно тогда было предложено провести масштабное исследование здоровья детей (мониторинге) совместно ИСЭПН и Вологодского научно-координационного центра РАН. Использовался большой массив информации к анализу которого привлекались специалисты в области медицины, демографии, экономики, социологии. Оценка здоровья детей включала оценку здоровья родителей, условия их труда и поведенческие практики [Шабунова, 2015].

Сегодня на длинных рядах данных объективных характеристик благополучия населения видно, что значило для жизни и здоровья значил период реформ (рис. 1-5).

Наталья Михайловна была основоположником гендерного подхода в России, рассматривая вопросы здоровья не как набор обобщенных средних показателей, а в гендерном разрезе. Указывая на то, что уровень здоровья и

другие основные показатели, характеризующие человеческий потенциал и показатели благосостояния населения существенно различаются у мужчин и женщин [Римашевская, 1999; Римашевская, 2004].

Мужчины и женщины имеют разный потенциал здоровья и по-разному относятся к сторонам жизни (факторам), которые влияют на здоровье. Это отражается в таких объективных характеристиках здоровья как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, коэффициенте смертности. А также в субъективных оценках своего здоровья – физического и психического.

Эмпирическая основа: 1) данные государственной статистики по разделу «Здравоохранение» [Данные государственной статистики]; 2) база данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) за период с 1994 по 2020 гг., полная выборка¹³.

Россия всегда характеризовалась значительным разрывом по числу лет ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин (рис. 1). В целом в 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни в Российской Федерации составила – 71,54 года. При этом у женщин в городе – более 76 лет, в сельской местности – более 75. У мужчин практически на 10 лет меньше.

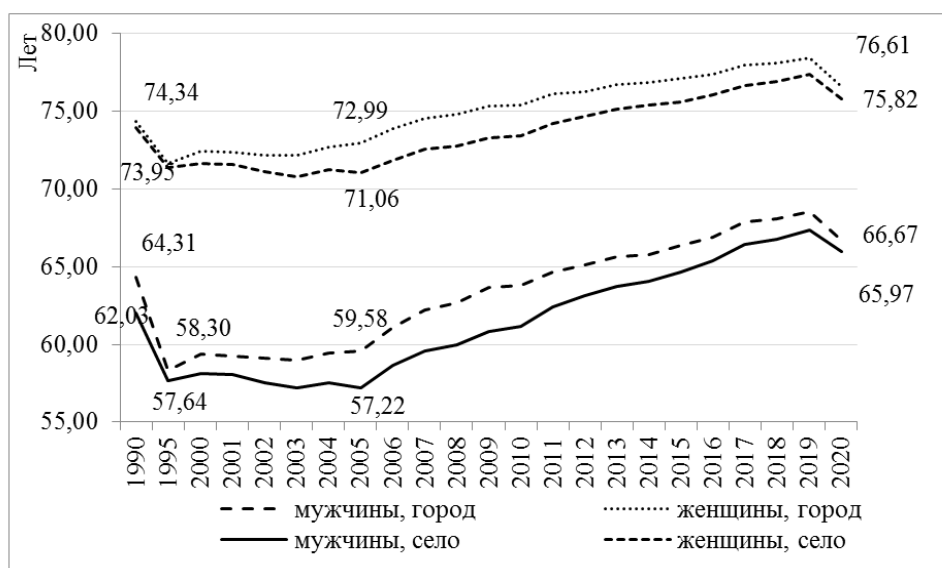


Рисунок 1. – Ожидаемая продолжительность жизни, годы жизни при рождении, число лет, данные Росстата¹⁴

¹³ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом "Высшая школа экономики" и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <https://rlms-hse.cpc.unc.edu> и <http://www.hse.ru/rlms>).

¹⁴ Здесь и далее, за 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года. Начиная с 2014 г. данные с учетом Республики Крым и г. Севастополя (<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>)

Благоприятный тренд последних лет сменился падением в первый год эпидемии (2020 год). Но даже в период эпидемии не было таких индикаторов как в период либеральных реформ 1990-2000 гг. «Шоковая терапия 1992 г. не предусматривала никаких социальных амортизаторов. Реформы осуществлялись за счет населения. А радикальные реформаторы не считались с настроением народного большинства, рассматривая его как консервативное или невежественное» [Римашевская, 2003].

В России в последние годы наблюдался благоприятный тренд, характеризующий ситуацию с заболеваемостью населения по основным классам болезней. Но к 2020 году, началу пандемии, существенно увеличилось число заболеваний органов дыхания (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни).

Отреагировали показатели, характеризующие смертность населения. Существенно различается коэффициент смертности по классу причин – болезни органов дыхания у мужчин составил 86,7, у женщин – 47,9. У сельских жителей ситуация хуже, чем у городских.

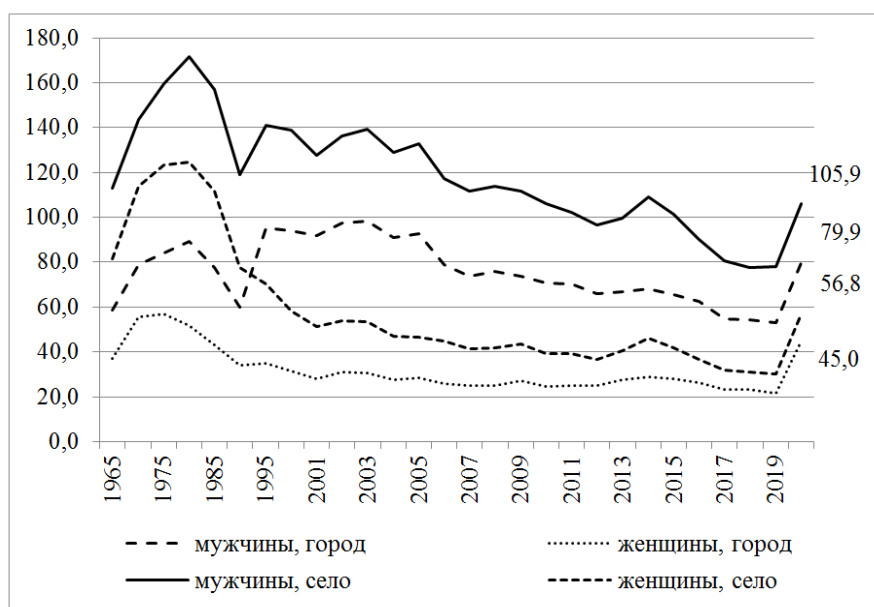


Рисунок 2. – Коэффициенты смертности: болезни органов дыхания, данные Росстата

Произошло уменьшение заболеваемости по таким классам болезней как новообразования, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Однако к 2020 году ухудшилась ситуация смертностью по причине болезней системы кровообращения.

К началу 2000 годов мужчины и женщины, проживающие в городе практически не отличаются по уровню смертности от болезней системы кровообращения, а к середине 2010 годов различия в этом классе смертности

стираются как по фактору проживания, так и по гендерному признаку. При этом к началу эпидемии также наблюдается негативный всплеск смертности в следствии причин болезней кровообращения.

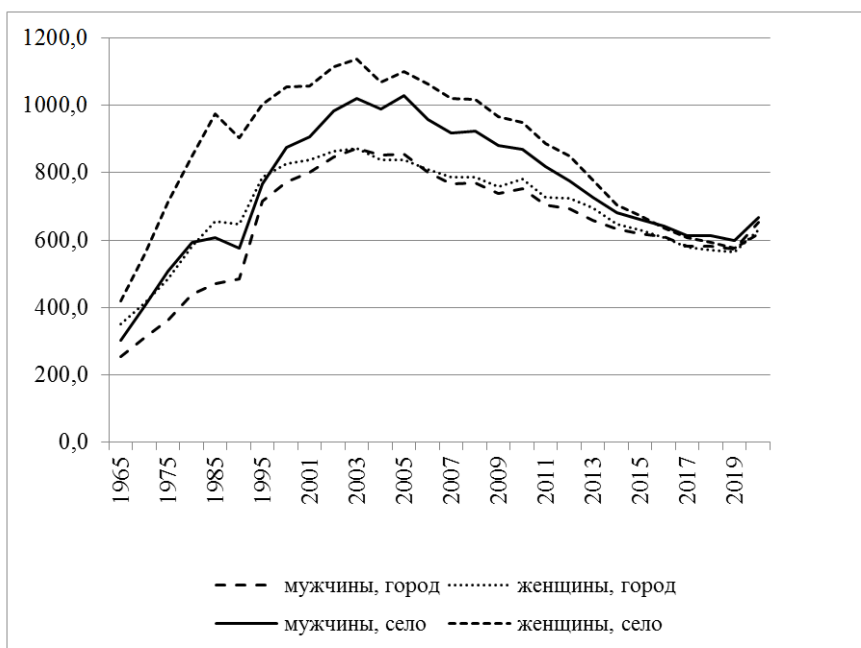


Рисунок 3. – Коэффициенты смертности: болезни системы кровообращения, данные Росстата

Объективные показатели самочувствия как правило связаны с состоянием человека, его психологическим самочувствием и поведением. Оценку самочувствия населения в конкретный момент времени можно определить по прямым ответам на вопрос о состоянии здоровья и удовлетворенности жизнью.

Психологическое самочувствие (эмоциональное здоровье) можно определить по вопросу об удовлетворенности человека различными сторонами жизни, прежде всего по вопросу об удовлетворенности жизнью в целом в настоящее время.

В 2020 году удовлетворены полностью и скорее удовлетворены жизнью 52,7% мужчин и 50,1% женщин. По сравнению с 2019 годом произошли небольшие изменения, которыми пока можно пренебречь (53,7% у мужчин и 51,4% у женщин). Неудовлетворенных жизнью в 2020 году как среди мужчин, так и среди женщин стало меньше: 20,8% мужчин и 23,8% женщин. Таким образом, можно предположить, что пятая часть населения находится в стрессовой или предстрессовой ситуации (рис. 4).

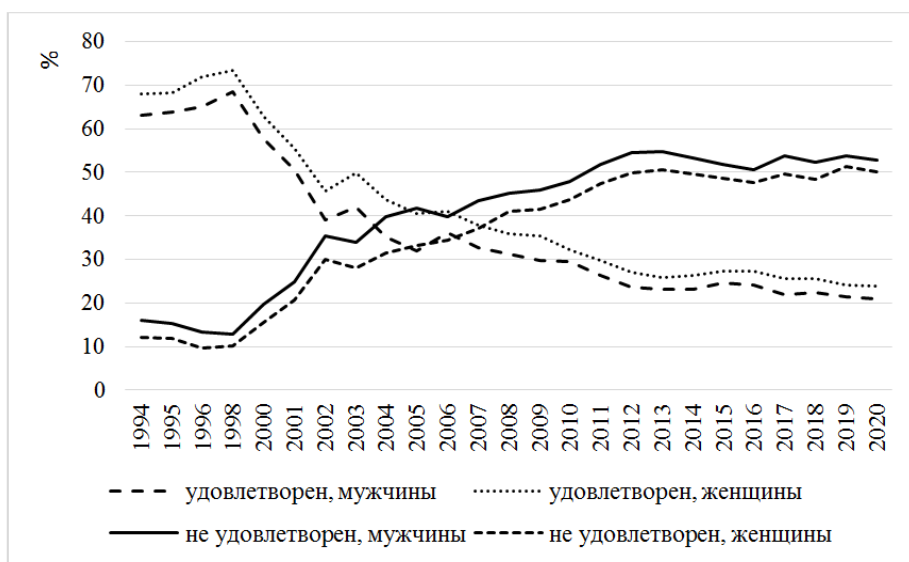


Рисунок 4. – Удовлетворенность жизнью в целом, % (18 лети и старше)

В соответствии с данными RLMS-HSE самооценка здоровья населения старше 18 лет последние годы улучшалось (за исключением подъема в 2018 году), даже в 2020 году с началом эпидемии в общем массиве отклонений от намеченного общего тренда за 25 лет исследования не отмечено (рис. 5).

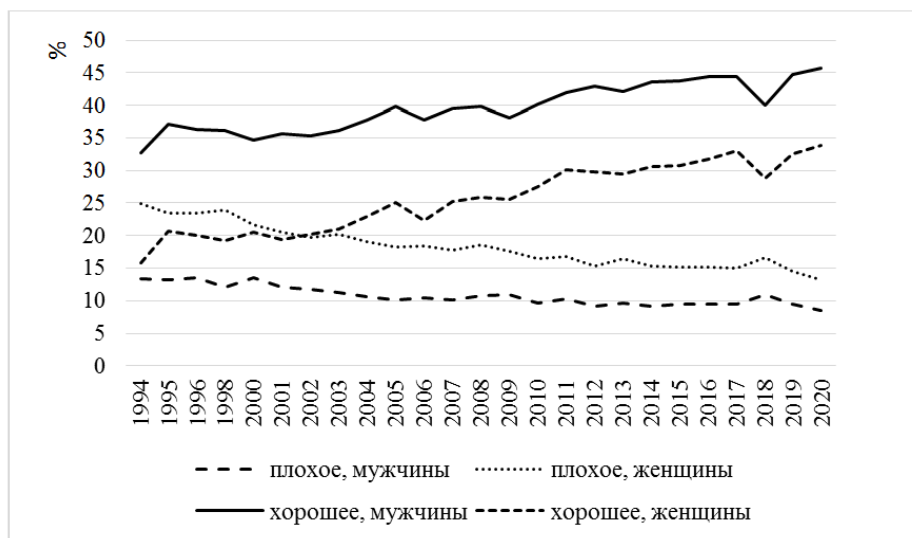


Рисунок 5. – Самооценки здоровья «хорошее и очень хорошее», %, (18 лети и старше), данные RLMS-HSE

Несмотря на начало пандемии, ежедневно увеличивающееся число больных и распространение страха заболеть, население не снизило самооценку здоровья. Позитивно свое здоровье оценивают почти половина мужчин (45,7%) и треть женщин (33,9%).

Одновременно уменьшилась доля тех, кто оценивает свое здоровье как «плохое и очень плохое». В среднем по стране значение этого показателя составило 10,8%.

В 2020 году 8,5% мужчин и 13,2% женщин считали свое здоровье плохим, напротив, 45,7% мужчин и 33,9% женщин считали здоровье хорошим.

Объективные показатели, характеризующие благополучие населения, показали негативный тренд к началу пандемии. Это, прежде всего, снижение показателя – ожидаемая продолжительность жизни (годы жизни при рождении). Начало пандемии ознаменовалось также увеличением числа болезней органов дыхания и смертности в результате болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения. Субъективные показатели более ригидные и с началом пандемии появился только намек на ухудшение психологического здоровья, самооценка физического здоровья негативного тренда не показала.

Список литературы

1. Данные государственной статистики по разделу «Здравоохранение» // URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения – 07.04.2022).
2. Римашевская Н. М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. 2001. № 3. С. 34-48.
3. Римашевская Н. М. Социальная политика в стратегии российского развития: последствия экономических трансформаций // Россия и современный мир. 2003. № 4 (41). С. 5-21.
4. Римашевская Н. М. Человеческий потенциал России и проблемы "сбережения населения" // Российский экономический журнал. 2004. № 9-10. С. 22-40.
5. Римашевская Н. М., Крошилин С. В., Медведева Е. И. Лонгитюдное исследование оценки качества жизни населения г. Таганрога (результаты проекта исследования 2014-2015 гг.) Вестник Московского государственного областного социально-гуманитарного института. 2016. № 1 (21). С. 78-86.
6. Шабунова А. А. Двадцать лет мониторинга детского здоровья: организация, результаты, выводы // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 2 (38). С. 116-128.

HOW TO IMPROVE HYGIENIC EDUCATION AMONG NURSES

Barbara Nieradko-Iwanicka¹, Kinga Mróz²

¹Chair and Department of Hygiene and Epidemiology, Medical University of Lublin, Poland

²Students' Scientific Association at the Chair and Department of Hygiene and Epidemiology, Medical University of Lublin, Poland

Summary. Due to the COVID-19 pandemic, we were reminded of hand hygiene. The education of health care personnel in hand hygiene translates into the safety of patients because washing and disinfection cross the paths of the spread of microorganisms. The aim of the study was to answer the question: how hygiene education could be improved in nurses. A group of 154 nurses anonymously and voluntarily took part in a survey using an online tool in 2021. As much as 76.6% of respondents carry hand hygiene correctly. The smaller the number of patients under the care of one nurse and the longer the work experience, the more the nurse adheres to the rules of hand hygiene. The availability of soap, disinfectants, and repeated training increase the percentage of hygiene-obeying nurses.

Key words. Education, hygiene, soap, disinfectant.

Introduction. Due to the COVID-19 pandemic, we were reminded of hygiene, which was wrongly treated for many years as a discipline that did not affect our lives. On May 5, the World Hand Hygiene Day is celebrated. In 2021, it received, atypically, a lot of media attention.

But it was not always like that ... Hippocrates preached that disease can come both from the surrounding environment and from the inside of the organism. The sacred books of monotheistic religions instructed the followers to bath, wash hands and feet. In ancient times, using the baths was a hygienic procedure and entertainment. In the Middle Ages, there was a "fashion" to keep the soul pure while keeping the body dirty and neglected. There were plagues in Europe then ... The Renaissance brought a return to the interest in the human body, physical strength, health, a more epicurean approach to life. Ignaz Semmelweis in 1847 conducted the first clinical study on the effect of hand hygiene on mortality among patients in the maternity clinic of the Viennese Allgemeine Krankenhaus. He noted that maternal mortality associated with puerperal fever was significantly higher in the clinic where medical students were trained (16%) compared to the neighboring clinic (7%) where midwives were educated. Semmelweis also noticed that doctors and medical students often went directly to the delivery room after an autopsy was performed. He suspected the presence of "poisonous particles" on his hands despite washing his hands with soap and water. He therefore recommended

scrubbing the hands of students and doctors in a chlorinated lime solution before each contact with the patient, especially after leaving the autopsy room. As a result, the mortality rate at his clinic dropped to 3% [1].

The outstanding chemist Ludwik Pasteur conducted many experiments which showed that high temperature kills microorganisms. He also introduced the pasteurization procedure in food production, thanks to which we consume tasty and healthy dairy products, cheese, fruit and vegetable preserves.

Before the advent of antibiotics, pasteurization and hygiene in medicine and food production, nearly 30% of children died before the age of 5, most often from diarrhea, which is "dirty hands disease". They develop when we don't wash our hands after using the toilet, and then put our hands in the mouth, introducing bacteria, viruses, and parasite eggs that are excreted in the faeces. Unfortunately, even today, the inhabitants of almost half of the world do not have access to good-quality running water in sufficient quantity to maintain hygiene.

Although we've been teaching children to wash their hands since kindergarten, prior to the COVID-19 pandemic, the World Health Organization (WHO) estimated that only 38% of healthcare professionals were carrying out hand hygiene correctly. This was despite the publication by WHO in 2009 of guidelines for washing and disinfecting hands. Meanwhile, it has been shown that 69% of all gastrointestinal infections are transmitted through dirty hands. Similarly, there are many hospital infections (urinary tract, surgical site, bloodstream infections, pneumonia), the consequence of which is prolonged hospitalization, high costs, and even patient consent. In developed countries, nosocomial infections affect 5-15% of hospitalized people. They may concern 9-37% of people admitted to intensive care units. The most common type of infection in the hospital is urinary tract infection (36%), followed by surgical site infection (20%), bloodstream infection, and pneumonia (both 11%) [2].

By keeping your hands clean, you can prevent the spread of diarrheal diseases or "dirty hands diseases". During the COVID-19 pandemic, the statistics improved, with 66% of people now washing their hands when visiting the toilet. Those who do not justify themselves by lack of time. Meanwhile, a recent study found that washing your hands with soap and water for 30 seconds is as effective as washing your hands for a minute. Washing your hands with soap and clean water is necessary after using the toilet, before eating, and whenever they are visibly dirty. Healthcare professionals must wash before and after contact with a patient infected with spore-forming bacteria (for example, *Clostridium difficile*) because the spores are resistant to disinfectants [3].

In other situations, if you do not have access to water, soap and a towel, you can disinfect your hands with a detergent based on 60-80% ethanol, propanol or isopropanol. Disinfectant gels, liquids or foams are now available everywhere [4].

Aim. The aim of the study was to answer the question: how hygiene education could be improved in nurses. Moreover to assess whether the availability of soap and hand disinfectants, repeated training, the number of patients and work organization are conducive to maintaining hygiene by nurses.

Methods. A group of 154 nurses anonymously and voluntarily took part in a survey using an online tool in April and May 2021. The results obtained were analyzed with IBM SPSS Statistics (v. 21) (Statsoft Sp.zo.o., Cracow, Poland); $p < 0.05$ was considered statistical significance.

Results and Discussion. Only 5.8% of respondents indicated that an alcohol-based hand sanitizer at their workplace was available but not certified as effective or tolerated. According to 2.6% of participants, it was available in less than 50% of wards or it was not constantly replenished and was periodically missing. For 9.7% of the respondents, the preparation was available and supplemented on an ongoing basis in 50-75% of wards. As much as 18.4% of respondents considered that the alcohol-based hand sanitizer in the facility was available and constantly replenished at points of care in 76-90% of wards, and in 58.4% it was available and constantly replenished at over 90% of points of care. Then respondents were asked about the ratio of the number of sinks to the number of bedrooms. Out of those surveyed, 9.1% stated that this ratio was less than 1: 1 in more than half of the wards, in 31.2% of respondents this ratio was at least 1: 1 in more than half of the wards, and in 59.7% of respondents the number of washbasins was the number of bedrooms is at least 1: 1 in the entire facility in bedrooms, in isolation rooms, in intensive care units and in diagnostic and treatment rooms. As many as 97.4% of the respondents confirmed that clean, running water was constantly available.

Another question was about the availability of liquid soap at each sink. As many as 93.5% of the respondents indicated that such soap is available at each washbasin. As much as 87.7% of the respondents stated that disposable towels are available at each wash basin. Then respondents were asked about the budget limit for the purchase of hand hygiene products. For 29.2% of respondents, the budget for the purchase of hand hygiene products was limited. Out of those surveyed, 78.6% indicated that there is a real plan to improve the infrastructure: equipping the facility with dispensers, washbasins, and paper towel dispensers. Only 5.2% of the respondents indicated that the medical staff employed in their workplace never received training in hand hygiene, in 29.9% the staff received training at least once upon admission to work, 25.3% of the respondents had regular training for medical and nursing staff or all professional groups, and 39.6% said that they had compulsory training for all occupational groups upon admission to work, followed by regular training for all at least once a year.

Another question related to the existence of a monitoring system whether all personnel received training in hygiene: training attendance lists verified with the

lists of employees employed in the unit. As many as 79.9% of respondents had such a system in the workplace. Of those surveyed, 90.3% found that the WHO guidelines on hand hygiene in healthcare are easily accessible to all healthcare professionals.

They were then asked about the availability of the educational material "WHO Technical Handbook on Hand Hygiene" for all healthcare professionals. 76.6% of respondents were available. As many as 89.6% of respondents believed that the material "WHO Brochure on Hand Hygiene – Why, How and When?" for all healthcare professionals at their workplace. Another question was about the easy availability of the WHO leaflet on the use of gloves for all healthcare professionals. Of those surveyed, 71.4% said the WHO leaflet was readily available. As many as 80.5% of respondents stated that there is a professional, qualified and skilled person responsible for education in the field of hand hygiene. Then, the respondents were asked whether the facility has a system of training and verification of competences of persons responsible for supervising compliance with hand hygiene. As many as 70.8% of respondents indicated that such a system exists in their facility. 66.2% of the respondents stated that the facility provides financing for staff training in the field of hand hygiene. 63.6% of the respondents stated that at least once a year a questionnaire was completed at their workplace regarding the infrastructure and availability of hand hygiene products.

The next question concerned checking the knowledge of medical personnel about the indications and techniques of hygiene at least once a year. 68.8% of the respondents indicated that the knowledge of medical personnel on this subject is checked in their workplace. As many as 85.1% of respondents considered the use of alcoholic hand sanitizers to be monitored on a regular basis.

Then respondents were asked whether the use of hand soap was regularly monitored. Hand soap consumption was monitored in 81.8% of participants.

Of the respondents, 76% believed that the use of alcoholic hand sanitizers throughout the hospital was at least 20 liters per 1,000 patient-days, and 24% believed that it was not at least 20 liters per 1,000 patient-days.

Another question was the frequency of direct observations of hand hygiene compliance using the WHO Hand Hygiene Observation Tool or a similar technique as part of an internal audit. Only 8.7% of the respondents had never checked it, 31.9% had it done irregularly, 43.5% indicated that they had regular checks once a year in their workplace, and 17.4% had inspections every 3 months or often. Only 4.4% considered the overall hospital hand hygiene compliance rate as determined by the WHO Hand Hygiene Surveillance Questionnaire or other similar tools to be less than 31%, for 2.2% it was between 31% and 40%, and 6.7% of the respondents believed that this ratio was at the level of 41-50%. According to 17%, the general indicator of compliance with the rules of hand hygiene in the hospital was 51-60%, for 17.9% of

respondents this indicator was from 61% to 70%, according to 38 respondents it was 71-80%, and 23% said that the indicator hand hygiene is more than 80%.

Respondents were then asked if staff were getting immediate feedback at the end of each hand hygiene observation session. 68.8% of the respondents indicated that the staff received such feedback, and according to 31.2%, such information was obtained.

According to 67.5% of the respondents, health care personnel were regularly provided with feedback, including data and indicators on hand hygiene, compared at different times and departments.

Another question was about regularly providing facility management with feedback on hand hygiene data and indicators, with comparison at different times and at hand hygiene departments. As many as 83.1% of respondents stated that this information was provided to the management on a regular basis in the workplace. Only 1.3% of the respondents indicated that the poster illustrating the indications for hand hygiene is not displayed, in 13.6% it was displayed in less than half of the wards, according to 30.5% of the respondents the poster was displayed in over half of the wards, and for 54.5% of respondents, this poster was displayed in all departments. Then, the respondents were asked to display a poster illustrating the proper use of the preparation for disinfecting hands. Out of the respondents, 1.9% said that the poster was not displayed, according to 12.3%, this poster was displayed in less than half of the wards, 14%- it was displayed in over half of the wards, and in 71.2% of respondents, the poster was displayed in all wards. Only 1.3% of participants believed that the poster showing the correct hand washing technique was not displayed, 8.5% indicated that this poster was displayed in less than half of the departments, according to 35.3% this poster was displayed in more than half of the departments and for 54.9%, a poster presenting the correct technique of hand washing was displayed in all departments.

Another question related to the frequency of systematic checks of the posters to identify damage and possible replacement. As much as 12.3% of the respondents stated that such inspections were never carried out, in 67.5% the inspections were carried out at least once a year, and according to 20.1%, the systematic checks of posters in order to identify damage and possible replacement were carried out at least 2 -3 months. Out of the respondents, 69.5% indicated that the promotion of hand hygiene is carried out by displaying and regularly updating posters other than the above-mentioned ones, and for 30.5% of the respondents there was no promotion of hand hygiene by such activities.

Then, respondents were asked whether information leaflets on hand hygiene were available in the wards. Information leaflets on this subject were available in 77.9% of respondents. As much as 59.1% of respondents stated that the unit offers other educational materials on hand hygiene: cups, screensavers, badges, stickers.

And 69.5% of respondents stated that there are people in the facility who are responsible for the promotion and implementation of optimal hand hygiene practice.

Another question was about regular meetings held by people responsible for the promotion and implementation of optimal hand hygiene practice. 52.6% indicated that the team held such meetings.

Of the respondents, 57.8% believed that hospital staff devote their time to a hand hygiene campaign and teaching hygiene rules. Then, the respondents were asked about the involvement of the CEO in supporting activities aimed at improving hand hygiene. As many as 59.1% believed that the chief executive was involved in these matters. According to 63.6%, the deputy director for medical matters was involved in supporting activities aimed at improving hygiene.

Another question related to the implementation of the hand hygiene promotion program in the entire facility related to the World Day of Hand Hygiene on May 5th. As much as 59.7% of the respondents indicated that such a program was introduced in the entire facility. In 53.5% of respondents in the workplace there was an identification system of the best performing hand hygiene representatives of all professional groups in the hospital. Then, the respondents were asked to inform patients about the importance of hand hygiene through leaflets, information materials and posters. As many as 82.5% stated that patients were informed about the importance of hand hygiene, and 17.5% of patients did not receive information in this form. Of those surveyed, 61.7% believed that a patient involvement program to promote good hand hygiene was formally implemented.

Another question related to the implementation of e-learning tools on hand hygiene. And 47.4% stated that such tools were implemented to support hand hygiene improvement, 58.4% of respondents had annual hand hygiene tasks and goals for the entire facility. Then, respondents were asked if a system of internal sharing of proven and reliable hand hygiene innovations had been developed. From among the respondents, 60.4% indicated that such a system had been developed in the facility. For 64.3%, hand hygiene issues were raised in an internal bulletin or at clinical or other staff meetings.

Another question related to the operation of the system of individual responsibility for the implementation of the procedure. As many as 66.9% of them had a system of individual responsibility for the implementation of the procedure.

The hand hygiene level of the facility was estimated based on the responses to individual parts of the hand hygiene self-assessment questionnaire according to WHO. After counting the partial points, the respondents could get from 0 to 500 points. The greater the number of points, the higher the level of hand hygiene in the facility.

The mean level of hand hygiene was 356 points, which means that the level of the facility is considered to be intermediate, the standard deviation was 110 points. Moreover, half of the establishments were assessed on this scale with no less than 383 points, which means that the facility reaches the advanced level. The unit obtained the lowest hand hygiene only 55 points, i.e. it reached the insufficient level. The highest score is 495 points. Only 2.6% of nurses showed a low level of hand hygiene compliance, 19.5% had an average level in this regard, and 77.9% had a high level.

Among the respondents, 70.8% always disinfected their hands before contact with a patient, 25.3% often did so, and 3.9% performed this activity sometimes.

The performed statistical tests (chi²) showed that the availability of preparations for disinfecting hands significantly ($p < 0.05$) on the level of compliance with hand hygiene. The greater the availability of these preparations, the higher the level of compliance with hand hygiene.

It was shown that the frequency of training of medical personnel in the field of hand hygiene significantly ($p < 0.05$) on the level of compliance with hand hygiene. The above results show that if training for all professional groups was conducted, the staff showed a higher level of hand hygiene. The conducted statistical tests showed that the existence of a monitoring system whether all medical personnel undergo this type of training has a statistically significant influence ($p < 0.05$) on the level of compliance with hand hygiene. The higher level of hand hygiene compliance was mainly due to the existence of such a system.

The ease of access of WHO guidelines on hand hygiene, information brochures and instructional posters in healthcare facilities significantly positively influences the level of hand hygiene compliance ($p < 0.05$). Respondents who had easy access to these materials showed a higher level of hand hygiene compliance. Also checking the knowledge of medical personnel about the indications and techniques of hand hygiene and feedback at the end of such a session at least once a year has a significant positive effect on the level of compliance with hand hygiene ($p < 0.05$). Regularly provided information to the management of the facility significantly positively influences the level of compliance with hand hygiene by the staff ($p < 0.05$). The conducted statistical tests (Kolmogorov-Smirnov test) showed that the distribution of the level of culture supporting hand safety and hygiene in medical facilities in the groups of the level of compliance with hand hygiene significantly differed from the normal distribution. Therefore, a non-parametric test, specifically the Kruskal-Wallis ANOVA test for independent samples, will be used to verify the research hypothesis.

The conducted statistical tests showed that the activities of people responsible for the promotion and implementation of optimal hand hygiene practice, as well as allocating sufficient time to the hand hygiene campaign

positively influences the level of compliance with hand hygiene ($p < 0.05$). The performed statistical tests showed that the number of patients under the care of one nurse affects the level of compliance with hand hygiene. The above results show that the fewer patients under the care of a single nurse, the higher the level of hand hygiene. Moreover, it was found that the length of service in the nursing profession significantly correlates with the observance of hand hygiene. The higher the work experience, the higher the level of compliance with hand hygiene ($p < 0.05$).

Our study was not the first of its kind. According to research by Okafor et al. 97.6% of nurses had good knowledge and attitude to hand hygiene, and 69.9% carried out the hand washing procedure correctly. Nurses practiced hand hygiene better than doctors and performed hand hygiene more often before contact with a patient than doctors [5]. The research conducted in 2016 in Poland shows that 75% of the surveyed medical students and doctors were not able to properly perform hygienic hand washing using the Ayliffe technique [6]. Graham's research also shows that nurses wash their hands more often than doctors or residents [7].

In 2012, a team of researchers introduced a proprietary program to improve hand hygiene in the department of pediatric cardiosurgery. It consisted of regular trainings on hand hygiene and concerned all employees as well as parents and children in the ward [8]. Disinfection kits were installed in easily accessible places (in front of the door to the room, on beds in the intensive surveillance rooms). The program lasted six months. Despite the fact that there was no significant effect on the incidence of nosocomial infections in this ward after the introduction of the program, a significant increase in the use of disinfectants and hand hygiene products was noticed – which may later translate into the incidence of infections [8].

Conclusions:

1. The level of hygiene of nurses is significantly influenced by: the availability of preparations for hygiene, frequent training on this subject in the workplace, checking knowledge and monitoring compliance with hygiene rules, as well as feedback obtained afterwards, access to educational materials at the workplace, displaying posters about hygiene, a hygiene-friendly culture in the workplace, the functioning of hygiene teams in a healthcare facility.

2. The smaller the number of patients under the care of one nurse, the more she adheres to the rules of hand hygiene.

3. The longer a nurse's work experience, the more she follows the hand hygiene guidelines.

Literature

1. Semmelweis, I P. Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers. Pest, Wien und Leipzig: C. A. Hartleben's Verlags-Exoedition, 1861.

2. World Health Organization, WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, World Health Organization 2009; 1-50.
3. Nieradko-Iwanicka B. Hygiene – gold standard not only in prevention of COVID-19 infection. Reumatologia. 2020; 58(4):191-195.
4. Wojtyniak B., Goryński P., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018; 45-50.
5. Okafor E, Ekwere TA, Okafor IP. Hand hygiene knowledge and practices among healthcare providers in a tertiary hospital, south west, Nigeria. Int J Infect Control. 2013; 9(9).
6. Wałaszek M., Kołpa M., Wolak Z., w wsp. Poor Hand Hygiene Procedure Compliance among Polish Surgical Students and Physicians – The Result of an Ineffective Education Basis or the Impact of Organization Culture? Int J Environ Res Public Health 2017; 14.
7. Meengs MR, Giles BK, Chisholm CD, Cordell WH, Nelson DR. Hand washing frequency in an emergency department. Ann Emerg Med 1994;23:1307–12.
8. Jaworski R, Haponiuk I, Chojnicki M., Irga N., Wiśniewska B., Treder E., Ziółkowska I., Steffens M., Zieliński M. Programme to improve hand hygiene in a paediatric cardiac surgery department. Kardiochirurgia i torakochirurgia Polska 2012; 2: 278-282.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Новосад Е. А., Зверко В. Л., Добрук Е. Е.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
Гродно, Республика Беларусь

Резюме. На современном этапе в условиях осложнившейся эпидемиологической ситуации телемедицинские технологии активно используются в системе здравоохранения. Был проведен анализ данных телемедицинских консультаций, на поступившие в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» заявки в республиканской системе телемедицинского консультирования. Эффективное использование республиканской системы телемедицинского консультирования повышает доступность получения высококвалифицированной специализированной акушерско-гинекологической и медико-генетической помощи пациентами Гродненской области.

Ключевые слова: телемедицинские технологии, республиканская система телемедицинского консультирования, акушерско-гинекологическая помощь, медико-генетическая помощь.

EFFICIENCY OF THE USE OF TELEMEDICINE TECHNOLOGIES IN RENDERING OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL AND MEDICAL-GENETIC CARE TO PATIENTS OF THE GRODNO REGION

Novosad E. A., Zverko V. L., Dobruk E. E.

ME "Grodno Regional Clinical Perinatal Center" Grodno, Republic of Belarus

Resume. At the present stage, in the conditions of a complicated epidemiological situation, telemedicine technologies are actively used in the healthcare system. The data of telemedicine consultations were analyzed for applications received by the Grodno Regional Clinical Perinatal Center in the republican telemedicine counseling system. The effective use of the republican telemedicine counseling system increases the availability of highly qualified specialized obstetric-gynecological and medical-genetic care for patients of the Grodno region.

Key words: telemedicine technologies, republican system of telemedicine counseling, obstetric and gynecological care, medical and genetic care.

Введение. На современном этапе в условиях осложнившейся эпидемиологической ситуации телемедицинские технологии активно используются в системе здравоохранения. В Республике Беларусь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.09.2016 № 861 «Об организации функционирования системы телемедицинского консультирования в Республике Беларусь» с 2016 года начала работать система телемедицинского консультирования. Большое значение использование данной системы имеет в работе акушерско-гинекологической и медико-генетической службе Гродненской области.

В Республике Беларусь эффективно функционирует разноуровневая система оказания перинатальной и гинекологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2019 года №966 «Об утверждении Инструкции по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь»). В Гродненской области лидирующую роль в оказании перинатальной помощи играет УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (далее – УЗ «ГОКПЦ»). Перинатальный центр является учреждением третьего технологического уровня. В 2021 году в нем принято 40,2% родов и 66,8% преждевременных родов в области. Кроме того, в соответствии с приказом главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома № 1211 от 14.12.2018 г. с 2019 года УЗ «ГОКПЦ» функционирует

как организационно-методический центр акушерско-гинекологической службы Гродненской области. В учреждении активно используется республиканская система телемедицинского консультирования (далее РСТМК) для консультирования пациентов всей Гродненской области.

Цель. Оценить эффективность использования РСТМК при оказании акушерско-гинекологической и медико-генетической помощи в Гродненской области.

Материалы и методы. Использовались архивные данные аналитической системы РСТМК с 2019 по 2021 год. Проведен ретроспективный анализ запросов на проведение телемедицинских консультаций, направленных из учреждений Гродненской области в УЗ «ГОКПЦ», и данных заключений на них специалистами учреждения. Определены: профили запросов (акушерство, гинекология, генетика), цели консультаций (определение дальнейшей тактики, согласование госпитализации), рекомендации (госпитализация на 1, 2, 3, 4 технологические уровни, дообследование на 3, 4 уровнях, наблюдение, диагностика и лечение по месту жительства).

Результаты. С каждым годом количество поступивших запросов на проведение консультаций увеличивается (рис. 1).

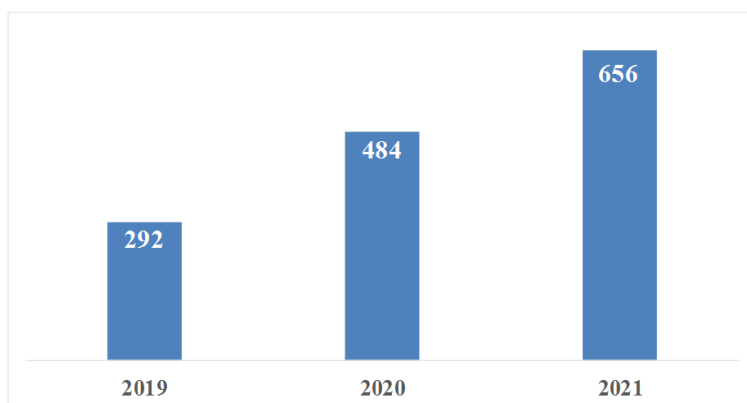


Рисунок 1. – Количество поступивших запросов на проведение телемедицинских консультаций

Основной специализацией запросов ежегодно является акушерство. Однако отмечается увеличение количества и доли запросов по вопросам медицинской генетики (таблица 1).

Таблица 1- Распределение заявок на проведение телемедицинских консультаций по специализациям

Год	2019		2020		2021	
	абс	%	абс	%	абс	%
Акушерство	177	60.6	329	68.0	378	57.6
Гинекология	26	8.9	34	7.0	58	8.9

Год	2019		2020		2021	
	абс	%	абс	%	абс	%
Генетика	71	24.3	112	23.1	203	30.9
Неинформативно	18	6.2	9	1.9	17	2.6
ИТОГО	292	100	484	100	656	100

Основной целью консультации ежегодно остается определение дальнейшей тактики ведения пациента (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение заявок по цели консультации

Год	2019		2020		2021	
	абс	%	абс	%	абс	%
Количество п, %						
Определение тактики	236	86.1	338	71.2	453	70.9
Согласование госпитализации	38	13.9	137	28.8	186	29.1
ИТОГО	274	100	475	100	639	100

Основным результатом консультации является госпитализации на 3 технологический уровень (в УЗ «ГОКПЦ»). Также в большом количестве случаев рекомендуется дообследование на 3 технологическом уровне. В незначительном количестве случаев рекомендуется госпитализация на 1, 2 и 4 технологические уровни. Отмечает увеличение количества рекомендаций о наблюдении, диагностики и лечения по месту жительства (таблица 3).

Таблица 3 – Распределение данных заключений

Год	2019		2020		2021	
	абс	%	абс	%	абс	%
Количество п, %						
Госпитализация на I уровень	2	0.7	5	1.1	2	0.3
Госпитализация на II уровень	5	1.8	28	5.9	34	5.3
Госпитализация на III уровень	90	32.9	184	38.7	212	33.2
Госпитализация на IV уровень	7	2.6	12	2.5	4	0.6
Дообследование на вышестоящем уровне – III	88	32.1	121	25.5	142	22.2
Дообследование на вышестоящем уровне – IV	6	2.2	12	2.5	7	1.1
Наблюдение и лечение по месту жительства	76	27.7	113	23.8	238	37.3
ИТОГО	274	100	475	100	639	100.0

Выводы.

1. Использование РСТМК в работе акушерско-гинекологической и медико-генетической службах значительно увеличилось.

2. Эффективное функционирование РСТМК повышает доступность получения высококвалифицированной специализированной акушерско-гинекологической помощи пациентами Гродненской области.

3. Интенсивная работа в системе позволяет своевременно выбрать необходимую тактику, госпитализировать пациентов на соответствующий технологический уровень и оказать нужную помощь.

4. В связи с актуальностью проблемы рождения детей с врожденными пороками развития (далее – ВПР) и увеличение количества случаев младенческой смертности от этой причины возможность использования РСТМК в оказании медико-генетической помощи играет огромную роль. Своевременная консультация врача-генетика с оценкой рисков возникновения пороков позволяет дообследовать пациентов на вышестоящих уровнях и диагностировать ВПР у плода и, при необходимости, прервать беременность в возможные сроки.

Список литературы

1. Ваньков Д. В., Дьяков С. В., Иванова М. А. Телемедицинские технологии на современном этапе развития здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 3. – С. 223-235.
2. Леванов В. М., Перевезенцев Е. А., Калиткина О. А. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в акушерстве и гинекологии (ОБЗОР) // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2021. – Т. 7. – № 2. – С. 23-30.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА (ПО МАТЕРИАЛАМ ГЛУБИННЫХ ИНТЕРВЬЮ)

Нор-Аревян О. А., Черевкова А. И.

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

В статье на материалах эмпирического исследования, проведенного в октябре 2020 г. – феврале 2021 г. методом глубинного интервью, анализируется социально-экономическая удовлетворенность врачей Ростовской области. Раскрываются социально-экономические проблемы, беспокоящие медиков, их уровень жизни (удовлетворенность питанием, одеждой, жилищными условиями), уровень удовлетворенности оплатой труда до и во время пандемии, информированности о программах поддержки медиков и вовлеченности в них.

Ключевые слова: социальное самочувствие, материальное положение, врачи, пандемия коронавируса, Ростовская область.

SOCIO-ECONOMIC SATISFACTION OF DOCTORS OF THE ROSTOV REGION IN THE CONDITIONS OF THE CORONAVIRUS PANDEMIC (BASED ON IN-DEPTH INTERVIEWS)

O. A. Nor-Arevyan, A. I. Cherevkova

Southern Federal University, Rostov-on-don, Russia

The article analyzes the socio-economic satisfaction of doctors of the Rostov region based on the materials of in-depth interviews conducted in October 2020 – February 2021. The socio-economic problems that concern doctors, their standard of living (satisfaction with food, clothing, housing conditions), the level of satisfaction with wages before and during the pandemic, awareness of medical support programs and involvement in them are revealed.

Keywords: social well-being, financial status, doctors, coronavirus pandemic, Rostov region.

В условиях продолжающейся пандемии коронавирусной инфекции возрастает значение социальной диагностики ее последствий для медицинского сообщества и здравоохранения в целом. С одной стороны, с 2020 г. системе здравоохранения стало уделяться больше общественного внимания и государственного финансирования, с другой – «экстремальный контекст вызвал серьезные трансформации в сообществе медиков [1, С. 154]. Это актуализирует исследования социального самочувствия медиков, трактуемого как «эмоционально-оценочное восприятие представителями профессионального медицинского сообщества своей настоящей жизнедеятельности, в контексте прошлого, настоящего и ожидаемого будущего» [2]. Одним из индикаторов социального самочувствия выступает социально-экономическая удовлетворенность медиков: оценка беспокоящих социальных проблем, уровня жизни (удовлетворенность питанием, одеждой, жилищными условиями), оплаты труда до и во время пандемии, информированность о программах поддержки медиков и вовлеченность в них.

В ходе качественного исследования научным коллективом Южного федерального университета в октябре 2020 г. – феврале 2021 г. были проведены глубинные интервью с представителями профессионального медицинского сообщества, включая 20 глубинных интервью с врачами, работающим в г. Ростове-на-Дону и других населенных пунктах Ростовской области (Азов, Гуково, Сальск, Семикаракорск, Шахты и др.). Выборка была составлена с учетом пола, возраста и стажа работы информантов, а также территориальной локализации по степени напряженности ситуации с

распространением коронавирусной инфекции. В число информантов вошли как врачи, работающие в ковид-госпиталях, инфекционных отделениях, так и врачи, не работающие с ковид-пациентами.

Отметим, что ранее авторами был проведен социологический анализ социально-экономической удовлетворенности среднего медицинского персонала Ростовской области в условиях пандемии и выявил, что, несмотря на улучшение материального благосостояния в период работы с ковидными пациентами, оптимистические прогнозы социально-экономического самочувствия среднего медперсонала омрачает общая неуверенность в завтрашнем дне, связанная с ростом цен, общей нестабильностью в стране, а также временным характером финансового благополучия [3, С. 109-119].

Анализ массива эмпирических данных позволил выявить ряд социально-экономических проблем, которые беспокоят и врачей ростовского региона, несмотря на отмеченное медиками финансовое благополучие, обеспеченное мерами государственной поддержки российских медиков.

Отметим, что удовлетворенность заработной платой фиксируют медицинские работники, задействованные в работе ковид-госпиталей независимо от территориальной локализации. Так, врачи медицинских учреждений г. Ростова-на-Дону и Ростовской области одинаково позитивно отозвались о росте финансового благополучия в связи с президентскими выплатами и губернаторскими доплатами: Естественно, уровень оплаты в красной зоне он увеличился, никому не секрет это благодаря дополнительным выплатам, которые выплачивало государство сотрудникам, работающим в красной зоне (муж., 32 г., акушер-гинеколог, работает с ковид-пациентами, РнД); Уровень моей заработной платы увеличился, потому что я стала официально работать в ковидном госпитале. До этого я получала только стипендию ординатора, которая составляет приблизительно 8 тысяч рублей, чуть меньше. С тех пор, как я стала работать в ковидном госпитале, я стала получать зарплату доктора со всеми надбавками, которые полагаются за работу в красной зоне (жен., 25 лет, ординатор, работает с ковид-пациентами, РнД); Ну, вот, с учетом того, что у нас идут выплаты дополнительные за ковид, в принципе, зарплата сейчас, на данный момент удовлетворяет вполне (жен, 50 лет, врач скорой помощи, РО).

Вместе с тем, молодые врачи в большей мере выразили озабоченность своим финансовым положением в постпандемический период: То, что мы получали в ковидном госпитале, это очень оправданно, риск был высокий. Была зарплата такая, что она стимулировала работать, никаких трудностей в этом плане не было. Вот. Конечно, сложно будет перейти с такой зарплаты на обычную работу. Конечно, там выплаты будут не такие. Вот в этом и есть

загвоздочка, переход такой (жен., 24 г., ординатор, работает с ковид-пациентами, РнД).

Медицинские работники, не взаимодействовавшие с подтвержденными ковид-пациентами, отмечали, что уровень их заработной платы с началом пандемии никак не изменился в лучшую сторону или даже снизился: Да, немножко снизился. Несколько снизился, потому что... (пауза) закрывали же нас, а это все-таки... (пауза) идет снижение (жен., 63 г., врач ЛФК, РнД); Я же не работаю в ковиде, поэтому моя зарплата не изменилась. Я как получала стабильно, работая на ставку, так и сейчас получаю. Изменений никаких в этом плане не было. Удовлетворенность оплатой труда была, есть и остается (жен., 28 лет, анестезиолог-реаниматолог, РнД); Изменился. Пошел на понижение. Потому что в пандемии перераспределение средств однозначное. И считаю, если я в своей профессии и я каждый раз связана с тем, что на меня в любое время могут чихнуть, плюнуть и непосредственный очаг инфекции и я не получаю ничего..., снята какая-либо вредность в моей профессии. А ранее она была. Понижение в пандемию. Это у всех (жен., 60 лет, оториноларинголог, РнД).

Вместе с тем, врачи, не взаимодействовавшие с подтвержденными ковид-пациентами, отмечали несправедливость и несовершенство сложившейся системы оплаты труда. По вопросу относительно доплат за работу в красной зоне, фиксируется двойственность позиции информантов: с одной стороны, доплаты совершенно справедливы для работников красных зон, так как их труд тяжелый и неоценимый в условиях пандемии, а, с другой стороны, несправедливым считается дифференцированность размеров доплат относительно работы с ковид-пациентами в условиях стационара и нет. Основной аргумент тех, кто считает несправедливым подобную дифференциацию оплаты труда, состоит в том, что рискуют все, т.к. ковид-статус пациента заранее никому не известен, а выплаты «постфактум» за взаимодействие с пациентами, чей ковид-статус подтвердился только спустя время, несопоставимы с вознаграждениями работников ковид-госпиталей.

В качестве желаемого уровня оплаты труда чаще всего называлась сумма в 100 тыс. руб. в месяц: Если бы на одном месте, за одну исполняемую, так скажем, рабочую ставку, я думаю, что 100-120 тысяч было бы для врача идеально (жен., 38 лет, зав. педиатрическим отделением, РО); От 85 до 100 тыс. руб. на ставку врача стационарного учреждения (жен., 28 лет, анестезиолог-реаниматолог, РнД). Более-менее справедливым считаю больше 150 тыс. рублей (муж., 38 лет, хирург, онколог, РнД). Можно отметить влияние социально-демографических характеристик врачей на размер желаемой заработной платы, что выражается в следующих тенденциях: уровень притязаний молодых медиков ниже относительно ожиданий врачей зрелого

возраста и со стажем, а уровень притязаний врачей мужчин выше относительно ожиданий врачей женщин.

Исследование показало, что врачи в целом удовлетворены своими жилищными условиями, но не отказались бы их улучшить. Основными причинами неудовлетворенности информанты назвали отсутствие собственного жилья, нехватку жилой площади, ветхость жилья, необходимость делать ремонт, ипотечные условия приобретения жилья. При этом медицинские работники не рассчитывают на помощь государства в решении жилищных вопросов, а надеются на себя и рассчитывают на помощь родителей: Сейчас только на себя. Государство помогло, по вот этой программе молодых специалистов, когда я только устроилась на работу, врач дефицитной специальности, однокомнатную получили. Сейчас хотим хотя бы двухкомнатную (жен., 38 лет, зав. педиатрическим отделением, педиатр, РО); Мы в семье зарабатываем сами, не оглядываясь на помощь. Дети думали об ипотеке, но мы решили по-другому, мы решили, что мы обеспечим себя и детей сами, вот и все (жен., 50 лет, кардиолог, терапевт, РнД).

Выявлено настороженное отношение информантов к ипотеке, что обусловлено низким уровнем зарплат медиков, неуверенностью в будущем, возрастными особенностями. Преимущественно медики не рассчитывают на помощь государства в решении жилищных вопросов, и мало кто из информантов принимал участие в жилищных программах. Основные причины нежелания (невозможности) участия медицинских работников в программах государственной поддержки: сосредоточенность на самостоятельном решении жилищных проблем при поддержке семьи, низкая осведомленность об условиях госпрограмм, нежелание переезжать в сельскую местность с целью трудоустройства, неподходящие условия программ, отсутствие доверия, неверие в эффективность программ, бюрократические барьеры.

Сложности профессии информанты видят во многом, например, отрицательно сказывается на престиже профессии врача низкий уровень оплаты труда, увеличение нагрузки, рост профессиональных рисков: Еще есть момент такой, не всегда приятный, что люди не понимают специфику профессии. Очень часто врач, медицинский работник приравнивается к серии обслуживающего персонала «официант, подавай». Очень жалко, что профессионалы в рыночных условиях стараются как можно больше заработать. Психологически очень сложно, всегда в профессиях, работающих с людьми (жен., 50 лет, кардиолог, терапевт, РнД). Информанты говорили, что и сами задумываются о смене рода профессиональной деятельности: Думаю, в другую профессию уйти. Потому что оплата труда не очень достойная, а тенденция презумпции вины врача – это очень большой риск (муж., 38 лет, хирург, онколог, РнД).

Трансформации социально-профессионального статуса врача отмечаются в снижении общественного доверия и уважения к врачам и другим представителям медицинских профессий. Помимо снижения зарплаты деструктивными факторами называют формирование средствами массовой информации негативного образа врача, несовершенство нормативно-правовой базы в сфере защиты прав врачей и пациентов, позиционирование медицины, как части сферы услуг [4].

Падение престижа и сложившиеся условия повышенных профессиональных рисков в связи с пандемией, в которых работают врачи, объясняют то, что наши информанты не посоветовали бы своему ребенку выбрать профессию врача: Вот это точно нет! Потому что это очень сложно, особенно врачу скорой помощи, потому что очень много таких проблем, связанных и с материальными проблемами, и материально, и чисто морально, и физически очень тяжело бывает (жен, 50 лет, врач скорой помощи, РО). Эти и другие неблагоприятные социально-экономические условия профессиональной деятельности могут привести к деструктивным процессам нарушения преемственности в медицинской отрасли.

Благодарность. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.

Список литературы

1. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А. А. Ослон. – М.: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. – 319 с.
2. Vyalykh N. A., Nor-Arevyan O. A., Posukhova O. Y., Mosienko O. S., Cherevkova A. I. Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation // Turismo: Estudos & Práticas (UERN), Mossoró/RN, Caderno Suplementar 01, 2021.
3. Нор-Аревян О. А., Черевкова А. И. Социально-экономическая удовлетворенность среднего медицинского персонала Ростовской области в период распространения коронавирусной инфекции // Здоровье населения: социальная регуляция в условиях кризиса (с использованием дистанционных технологий). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 13-14 мая 2021 г. / Под ред. Т.Н. Каменевой. – Курск: КГМУ, 2021. – 194 с. – Текстовое (символьное) электронное издание (2,0 МБ). – Курск, 2021. – 1 эл. опт. диск (CD/R).
4. Созарукова Ф. М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения // Вестник экспертного совета. 2018. №4 (15).

ДЕТЕРМИНИЗМ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРЫ

Петров В. В., Ищенко Ю. В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России университет,
Саратов, Россия

Резюме. История медицины и культуры взаимообусловлены и тесно связаны между собой. В результате переосмысления объекта исследования и методологии познания истории медицины предметом изучения данной науки стала медицина в контексте истории и культуры. Медицинская теория и практика является важнейшей социокультурной силой. Из всего спектра задач истории медицины и культуры следует выделить: познавательную, воспитательную и научную, а из методик – систему проблемного обучения.

Ключевые слова. История медицины, культура, взаимовлияние, обучение.

DETERMINISM OF THE HISTORY OF MEDICINE AND CULTURE

Petrov V. V., Ishchenko Yu. V.

FGBOU VO Saratov State Medical University named after A.I. V. I. Razumovsky University of the
Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia

Abstract. The history of medicine and culture are interdependent and closely related. As a result of rethinking the object of research and the methodology of cognition of the history of medicine, medicine in the context of history and culture has become the subject of study of this science. Medical theory and practice is the most important sociocultural force. From the entire spectrum of tasks in the history of medicine and culture, it is necessary to single out: cognitive, educational and scientific, and from the methods – a system of problem-based learning.

Key words. History of medicine, culture, mutual influence, education.

Некоторые аспекты, обозначенные в заглавии темы, неоднократно затрагивались в различных публикациях [1; 2; 3], однако изучение истории медицины в контексте истории и культуры является феноменом столь обширным и многогранным, что предпринятые на данном направлении исследования по-прежнему сохраняют свою востребованность и остроту.

История медицины, в соответствии с определением, данным в последнем издании Большой медицинской энциклопедии, это «отрасль

медицинских и исторических наук, изучающая развитие медицинских знаний и практики здравоохранения в неразрывной связи с развитием общественно-экономических формаций и с общей историей культуры» [4].

История медицины является не только наукой, но предметом преподавания, дисциплиной учебного плана большинства специальностей высших медицинских учебных заведений России и зарубежья. В перечень планируемых результатов обучения по курсу истории медицины в рабочие программы включена универсальная компетенция – способность анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

В последние годы предмет изучения и методология познания истории медицины существенно изменились. Изучение данной дисциплины отошло от позиции, при которой предмет истории медицины не выходил за рамки медицины. Огромная заслуга в научном поиске и решении данной задачи принадлежит доктору медицины и философии Джорджу Розену. Он во второй половине XX столетия сделал актуальным культурный аспект в истории медицины [5]. Объектом изучения истории медицины, в итоге, стала медицина в контексте истории и культуры.

На современном этапе очевидным фактом является то, что история медицины и культура взаимосвязаны и взаимообусловлены. Медицина как объект изучения больше не рассматривается в узком смысле, а представляет их себя важнейшую социальную, экономическую, политическую, а главное – культурную силу, играющую одну из ключевых ролей в общественном развитии [6].

История медицины как наука и предмет преподавания, являясь производным от культуры, вместе с тем, представляет из себя эффективный инструмент социально-культурного развития.

Проводя аналогии культуры и истории медицины, с точки зрения функций, первая и вторая включают информационную, творческую, интегративную, мировоззренческую, адаптивную и другие. Ключевыми задачами, направленными на формирование профессиональной культуры врача в процессе освоения истории медицины, следует считать: познавательную, воспитательную, научную, развивающую (память, мышление, речь).

Краеугольным камнем в процессе освоения истории медицины является методика преподавания данной дисциплины. Система высшего медицинского образования должна строиться на использовании в дидактике современной теории познания, опираться на результаты педагогических экспериментов, передовой опыт высшей школы, применять активные формы организации учебного процесса и, не менее важно, основываться на психологии взаимодействия преподавателя и студента в условиях проблемной ситуации.

Лишь с утверждением в медицинских вузах методики проблемного обучения возможно выполнение таких задач как:

- формирование потребности в знаниях как устойчивой черты личности;
- овладение рациональными приемами работы с историко-медицинскими источниками, учебной и научной литературой;
- развитие познавательных сил у будущего врача: внимания, мышления, речи, воображения, памяти;
- получение, необходимого специалисту – медику, объема знаний;
- приобщение студентов к научно-исследовательской работе;
- выявление и развитие индивидуальных способностей.

Методика проблемного обучения не есть полный отрыв от других методов, а является оптимальным сочетанием, в частности, методов проблемного и объясняющего обучения. Оптимальное – это значит, что вопросы, важные для уяснения курса, важные в теоретическом и мировоззренческом отношении или в профессиональной подготовке будущего специалиста, должны даваться методом проблемного обучения. Вопросы не столь существенные, второстепенные, методом объясняющего обучения. Составлять проблемы по всем вопросам невозможно и бессмысленно, следовательно, нужно умело отбирать с учетом специфики аудитории, учебных занятий, подготовки преподавателя.

В чем же сущность проблемного обучения? Преподаватель ставит проблемы и организует поисковую деятельность, так понимают проблемное обучение большинство преподавателей. В принципе это верно, однако одних проблем бывает недостаточно для того, чтобы проблемное занятие состоялось. Проблемные лекция или семинар состоятся только тогда, когда постановка проблемы создаст в аудитории проблемную ситуацию. Что это такое? Это есть состояние интеллектуального напряжения, вызванного потребностью что-то понять, в чем – то разобраться. Проблемная ситуация возникает только тогда, когда у студентов появляются интеллектуальные эмоции. Нельзя не согласиться с известным изречением о том, что без человеческих эмоций никогда не было, нет и быть не может человеческого познания истины. Без эмоций не возбудить интерес к познанию. При этом необходимо знать виды эмоций, механизмы их вызывающие, природу интеллектуальных чувств. К эмоциям можно отнести: любопытство, удивление, сомнение, предчувствие успеха, открытия, состояние умственного затруднения, при осознании необходимости выйти из него и др. Постановка учебной проблемы должна возбудить хоть одну из эмоций, желательно несколько. Проблемный вопрос должен поставить учащих перед необходимостью продуктивного мышления, приводить к открытию нового знания, вызвать интерес к решению учебной задачи.

Каков механизм, вызывающий интеллектуальные эмоции? Это может быть нестандартный вопрос, ответ на который сложно найти в учебнике, нужно интеллектуально поработать: сравнить, отобразить, проанализировать и т. п. Пример: на семинарском занятии по курсу «История медицины» при раскрытии темы «Общественная медицина в России на рубеже веков (вторая половина XIX – начало XX вв.)» при работе с историческим источником, в частности работой Н. И. Пирогова «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов» в 4-х томах, предложить студентам найти черты, по которым можно определить эпоху, в которую писалось это произведение, самостоятельно выявить значение метода, так называемой, «ледяной анатомии». Возбудить эмоции может оригинальность предложенного пути решения проблемы, важность ее решения для понимания современных общественных явлений, для будущей профессии, необычные приемы и средства решения, современные технологии: интерактивная доска, компьютер и т. п.

Существуют разнообразные методы проблемного обучения, применяемые в зависимости от подготовки педагога, уровня знаний и познавательных сил учащихся, формы проведения занятия.

Метод проблемного изложения. Рекомендуются на первом этапе обучения, когда преподаватель пытается овладеть данной методикой, набирает опыт работы в условиях проблемного обучения, а студенты не имеют достаточно широкого объема знаний, с низким уровнем познавательной активности. В чем разница с методом изложения по системе объясняющего обучения? Педагог ставит учебную проблему и строит свое изложение как решение этой проблемы. Когда преподаватель просто излагает материал, возникает один уровень внимания, когда он ищет, сомневается, это уже другой уровень. Прежде чем требовать от обучаемых решения проблемы, нужно научить решать ее, находить нестандартные, неожиданные пути постижения истины. Именно это метод учит наглядно решать учебные задачи, способен вызвать аудиторию на совместное осмысление темы. Каковы же условия, при которых возникает процесс соразмышления, применительно к рассматриваемому методу?

1. Сам преподаватель должен мыслить, желательно вслух, делать вид, будто впервые решает эту задачу.

2. Важно использовать такие педагогические приемы как: риторический вопрос, логическая пауза (есть слова, которые несут в себе смысловую основу, после которых можно сделать паузу, дающую возможность задуматься, поразмышлять).

Часто студенты младших курсов восхищаются тем, как профессор, стоя на кафедре, буквально диктует им лекции. И как они бывают разочарованы импровизацией лектора, который часто поправляет себя, делает паузы для того, чтобы на ходу обдумать мысль. Не сразу им становится понятно, что

таким образом их вводят в творческую “лабораторию”. Не сразу они начинают понимать, уважать людей, которые учат их думать.

Вторым в порядке усложнения, идет метод сочетания изложения с поисковой беседой. Преподаватель в данном случае дает фактический материал, а затем организует поисковую деятельность. Пример: в ходе лекции по истории медицины на тему: «Медицина торой половины XIX – начало XX века» преподаватель знакомит студентов с основными открытиями в медицине, рассказывает о появлении новых медицинских специальностях и выдающихся деятелях медицины, а затем организует поиск причин, уроков, закономерностей, помогает сделать выводы и обобщения, предлагает сформулировать практические рекомендации по использованию исторического опыта.

Следующим методом проблемного обучения является беседа. Данный метод наиболее ярко проявляется на практических занятиях. Преподаватель после ответа студента, мобилизует аудиторию на дискуссию, задает вопросы по теме выступления и призывает аудиторию последовать его примеру, призывает к активности слушателей, в целях углубления знаний по рассматриваемой теме, сомневается, протестует, доказывает обратное, просит разъяснить отдельные моменты темы, помогает держать в нужном направлении нить рассуждений подопечного.

Высшим методом является метод индивидуального поиска (самостоятельная работа) Это может быть письменная (контрольная) работа, написание реферата, занятия в научном кружке и т. д.

Таким образом, как показывает представленный анализ, важным элементом в преподавании истории медицины является культурно-исторический контекст, способствующий углубленному пониманию особенностей медицинской науки и практики, а также формированию необходимых для будущих врачей компетенций.

Список литературы

1. История медицины в музейных коллекциях: учебное пособие. Часть I. / МГМСУ им. А. И. Евдокимова; К. А. Пашков, Е. Е. Бергер, М. С. Тутурская; под ред. К. А. Пашкова. – М.: «Магистраль», 2018. – 200 с.
2. Ищенко Ю. В., Ищенко А.В. Музей истории вуза как его воспитательный и научно-образовательный фактор // Развитие науки и образования на современном этапе. Материалы Международных научно-практических конференций: в 2 ч. Мытищи: Российский университет кооперации, 2017. С. 45-48.
3. Петров В. В., Якупов И. А., Завьялов А. И. Из истории организации дерматовенерологической помощи больным частными лечебницами в Саратовской губернии в начале XX века // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Иркутского

государственного медицинского университета (1919-2019): в 2-х томах. Под общей редакцией Г. М. Гайдарова. Иркутск: ИНЦХТ, 2019. С. 145-148.

4. Большая медицинская энциклопедия. М., 2012. [Электр. ресурс]. – Режим доступа: <http://бмэ.орг/> (дата обращения: 19.02.2022).
5. Мэри Линдеман Медицина и общество в начале новой Европы / История медицины: учебно-методическое пособие. О. С.Киценко и др. – Волгоград: Изд-во Волг ГМУ, 2016. С. 4-5.
6. Межуев В. М. Идея культуры. Очерки по философии культуры. М.: Прогресс-Традиция, 2006. – 408 с.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ОБЛАСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ – ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ

Пецевич-Щенсна Галина, Нерадко-Иваницка Барбара

Люблинский медицинский университет, Люблин, Польша

Резюме. Медицинские работники находились на переднем плане реагирования на коронавирусную инфекцию (COVID-19), подвергаясь высокому риску заражения. В начале пандемии медицинские работники столкнулись с нехваткой знаний о том, как бороться с пандемией. Кроме того, это усугубилось проблемами с недостаточным количеством средств индивидуальной защиты, большим количеством рабочих часов и огромным стрессом.

Ключевые слова: covid-19, медицинский персонал, эпидемиология, пандемия.

TEACHING MEDICAL STUDENTS IN EPIDEMIOLOGY – POST-PANDEMIC PERSPECTIVE

Piecewicz-Szczęsna Halina, Nieradko-Iwanicka Barbara

Medical University of Lublin, Lublin, Poland

Summary. Health-care workers were at the frontline of response to coronavirus disease (COVID-19), being at a higher risk of acquiring the disease. However, at the start of the pandemic, healthcare professionals experienced a lack of knowledge about how to deal with the epidemic. Additionally, there were problems with insufficient personal protective equipment, excess work and enormous stress.

Key words: covid-19, medical personnel, epidemiology, pandemic

Эпидемиология — отдельная медицинская дисциплина, использующая специфические методы исследования и собственную терминологию. Это одна из основных медицинских дисциплин, с которой должен быть знаком каждый врач, каждый медицинский работник. Она отличается от других медицинских дисциплин тем, что ориентируется не на отдельного человека, а на население и сообщество. Определение эпидемиологии используется уже почти столетие как часть практической медицины, посвященный изучению условий, влияющих на возникновение и распространение болезней (инфекционных и неинфекционных), проблем со здоровьем в обществе, оценке эффективности мер и методов предупреждения и борьбы с ними [1].

Современная эпидемиология не ограничивается инфекционными болезнями и оценкой эпидемий. Аналогичные принципы эпидемиологических показателей используются для оценки хронических заболеваний, таких как болезни сердца, сосудов, онкологические заболевания, диабет и т. д., а также для измерения общественного здоровья и развития человека. Однако на современном этапе развития цивилизации, в условиях многосторонней глобализации, возрастает значение эпидемиологии инфекционных болезней как одной из больших угроз общественному здоровью, что вновь ставит эпидемиологию инфекционных болезней на приоритетное положение перед другими отраслями медицины.

Пандемия COVID-19, в частности, показала, что существует большая потребность в подготовке медицинских кадров в области эпидемиологии. Работа медицинских работников всегда была ответственной и требовательной, но пандемия COVID-19, случившаяся в конце 2019 года в мире, заставила кардинально изменить нынешние реалии профессии. Появилось много новых сложностей — необходимость расширения знаний о противоэпидемическом менеджменте во время пандемии, обязательность ношения дополнительных средств безопасности, таких как медицинские комбинезоны, маски и другие в отделениях с ковид-заболеваниями. Введены новые стандарты поведения — изменения в процессе приема, диагностики, ухода и лечения больных. Кроме того, был большой стресс и усталость, что наложило отпечаток на профессиональную деятельность и личную жизнь медицинских работников.

Во время пандемии COVID-19 был проведен ряд исследований, которые показали проблемы медицинского персонала в этот период. Согласно исследованиям, медицинскому персоналу пришлось столкнуться с множеством проблем — чрезмерная загруженность из-за ограниченной численности персонала из-за воздействия вируса, нехватка средств индивидуальной защиты в начале пандемии, необходимость адаптации к новым условиям работы. Несмотря на внедрение новых процедур по диагностике, лечению, уходу за больным COVID-19 и использование дополнительных мер защиты —

комбинезоны, маски, очки и т.д., персонал по-прежнему подвергался риску заражения во время многочасовых дежурств. Чаще всего заражались медсестры и вспомогательный персонал, а также врачи. Частота распространения инфекции зависела от принятого метода отчетности, в том числе от диагностического теста, используемого для диагностики инфекции, от характера выполняемой работы, а также от знаний и индивидуального поведения работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. Он колеблется от 5 до 30% в зависимости от страны и профессиональной группы, самые высокие показатели зафиксированы именно в начальной фазе пандемии [2, 3, 4].

До пандемии COVID-19 из-за ограниченного количества часов, посвященных предмету эпидемиология, вопросы, связанные с эпидемией и пандемией, не обсуждались с целью снижения риска заражения среди персонала и пациентов. В первые дни пандемии медикам приходилось самостоятельно изучать эти правила, начиная с надевания эпидемического костюма и заканчивая ведением пациентов в самых разных ситуациях. Новый неизвестный возбудитель, отсутствие специфической профилактики и подготовки к работе в условиях пандемии усилили стресс в диагностических лабораториях, больницах, поликлиниках, машинах скорой помощи. Согласно исследованиям, уровень стресса медицинского персонала во время пандемии был очень высоким. Источниками знаний для врачей, медсестер и других медицинских работников о противоэпидемических принципах, которые следует применять в ситуации пандемии, в основном были руководства Министерства здравоохранения и ВОЗ. Персонал испытал недостаток подготовки в этой области во время своего профессионального обучения.

Пандемия COVID-19 затруднила работу фельдшеров, врачей, лабораторных диагностов, медсестер, создала большие проблемы для медицинского персонала. Были предприняты соответствующие шаги для обеспечения поддержки этой профессиональной группы. Все старались сделать все, что могли в этой ситуации. Новые процедуры обеспечили безопасность как медицинских работников, так и пациентов, находящихся под их опекой. Несомненно, пандемия показала неподготовленность этой профессиональной группы в данной сфере в начале пандемии. Большие ограничения, введенные в начале пандемии для минимизации межличностных контактов (е-обучение в школах и вузах, удаленная работа по возможности), означали, что у нас было время подготовить медицинский персонал и оснастить его дополнительными средствами защиты.

Во время пандемии большинство университетов и профессиональных вузов в Польше увеличили количество часов на обучение эпидемиологии, некоторые университеты не изменили количество часов этого предмета, а один

из медицинских университетов Польши даже сократил количество часов обучения эпидемиологии. наполовину во время пандемии. Профессорско-преподавательский состав должен был уменьшить материал по эпидемиологии неинфекционных болезней, эпидемиологическим показателям и эпидемиологическим исследованиям, чтобы расширить тематику борьбы с эпидемиями и пандемиями.

В образовательных стандартах по-прежнему отсутствуют эффекты, связанные с подготовкой медицинского персонала к принципам поведения во время эпидемией и пандемией, которые должны быть усвоены во время учебы. Это оправдывает мышление лиц, ответственных за подготовку учебных планов и программ на различных медицинских факультетах, которое можно резюмировать утверждением: «Нет эффектов обучения, которые необходимо достичь, – нет часов для реализации этих вопросов». На некоторых медицинских факультетах, кроме того, занятия по эпидемиологии проводятся только в форме лекций, и зачастую это всего несколько часов в рамках предмета «Общественное здравоохранение».

Следует подчеркнуть, что пандемия показала большую потребность в подготовке медицинских кадров на уровне профессиональных вузов для борьбы с эпидемической угрозой. Это обуславливает необходимость включения в стандарты образования эффектов обучения в области противоэпидемического поведения в условиях эпидемий и пандемий. Руководству университетов следует увеличить количество часов по предмету эпидемиология, прежде всего в области практического обучения.

Главный вывод после пандемии, который должен сделать каждый, кто отвечает за подготовку медицинских кадров, заключается в том, что выпускник медицинского вуза должен быть готов действовать в условиях эпидемии и пандемии при получении диплома. Прежде всего, это требует от лиц, принимающих решения, понимания того, что невозможно хорошо работать в медицинской профессии, не зная принципов эпидемиологии, не говоря уже о таких сложных вызовах, как эпидемии и пандемия.

Список литературы

1. Prof. zw. dr czł. rz Jan Karol Kostrzewski, [w:] baza „Ludzie nauki” portalu Nauka Polska (OPI) [online] [dostęp 2022-04-09].
2. Wojczyk M., Kowalska M., Prevalence of SARS-CoV-2 infection and risk factors in health care workers / Częstość zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oraz czynniki ryzyka zakażenia wśród pracowników ochrony zdrowia, PRZEGLĄD EPIDEMIOLOGICZNY 2020, 74(4): 606-619.
3. Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM, Guevara SLR, Echeverría LE, Glisic M, Muka T. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol.* 2021 Jan 4;190(1):161-175. doi: 10.1093/aje/kwaa191. Erratum in: *Am J Epidemiol.* 2021 Jan 4;190(1):187. PMID: 32870978; PMCID: PMC7499478.

4. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. Ann Intern Med. 2020 Jul 21;173(2):120-136. doi: 10.7326/M20-1632. Epub 2020 May 5. Update in: Ann Intern Med. 2022 Jan;175(1):W8-W9. PMID: 32369541; PMCID: PMC7240841.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Плоцкий А. Р.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Статья посвящена рассмотрению проблемы диагностики и лечения врожденных пороков развития плода в разрезе исторической ретроспективы с акцентом на этическую сторону данной проблемы.

Ключевые слова: беременность, врожденные пороки, этика, пренатальное консультирование.

ETHICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DEFECTS

Plotski A. R.

Grodno state medical university, Grodno, Belarus

Resume. Article is dedicated to the problem of diagnosis and treatment of congenital defects of the fetus in the context of a historical retrospective with an emphasis on the ethical side of this problem

Key words: pregnancy, congenital defects, ethics, prenatal counseling.

Ультразвуковое исследование играет главенствующую роль в диагностике врожденных пороков развития плода. До момента широкого внедрения в акушерскую практику ультразвукового исследования пренатальной диагностики, по сути своей, не существовало. Появление на свет ребенка с врожденными аномалиями было сугубо «констатирующим», хотя разнообразные этические вопросы в этой связи, безусловно, имели место.

Этнографические источники свидетельствуют, что население, проживавшее на территории современной Беларуси, не было безразличным к этой проблеме, и даже предпринимались попытки заниматься своего рода «профилактикой» возникновения врожденных аномалий. В частности, категорически не рекомендовалось беременным женщинам заглядываться на увечных, запрещалось передразнивать их походку, манеры, поскольку будущий ребенок мог родиться с такими же изъянами. Нельзя было рассекать полено в непосредственной близости от беременной (вероятность расщелины лица, отсутствия уха, беспалости), одевать – даже случайно – мужскую одежду (риск рождения гермафродита) и проч. [1]. Как следует из архивных данных 19 века, дети с аномалиями развития после крещения могли воспитываться в семьях [2, 3] либо находится в приютах, богадельнях, монастырях [4]. При совместимых с жизнью аномалиях эти люди были в социальной изоляции даже при наличии сохраненного интеллекта, и информация об их существовании появлялась иногда с несколько неожиданной стороны, например, при рекрутских наборах. Среди многих противопоказаний к несению военной службы были и такие недостатки как «заячья губа, избытокъ, недостатокъ и атрофія членовъ, косолапость, ... противуестественныя отверстія и свищи органов выдѣленія» [5]. Квалифицированной медицинской помощи эти люди в 19-м – начале 20-го века получить не могли. Подобные случаи описаны и в медицинской литературе в недалеком прошлом, когда успешная коррекция, к примеру, врожденных аномалий органов мочевыделительной системы вернула к полноценной жизни в социуме и подростка [6], и 54-летнего (!) мужчину [7]. Выявление пороков развития может происходить не только при рождении ребенка, но в течение всей жизни. Один из наиболее наглядных примеров – аплазия матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстнера) – аномалия, не представляющая угрозы для жизни, но делающей невозможной нормальную половую жизнь. Данная патология, выявляемая только после наступления половой зрелости, послужила в свое время предметом медицинских и этических споров среди сторонников и противников выполнения операции искусственного кольпопозза, отраженных в изданиях прошлых лет. Среди сторонников операции наиболее весомым был следующий аргумент: невозможность жить половой жизнью при нормальном либидо «порождает ряд истерических и неврастенических явлений, психозов и нередко толкает женщину к самоубийству». Противники же операции не считали возможным «производство операции только для того, чтобы сделать возможным совокупление» [8]. Если ранее подобного рода дискуссии были возможны после рождения ребенка, то в настоящее время все чаще акценты смещаются на пренатальный либо неонатальный периоды жизни.

Прежде всего, не затрагивая медицинские аспекты диагностики, следует акцентировать внимание на аспектах этических. При проведении диагностических процедур целесообразно отказаться от таких терминов, как урод, калека, анэнцефал, гидроцефал, хондродистрофик и проч., еще до недавнего времени широко употребляемых в профессиональной среде и в отчетной медицинской документации [9], и несущих оскорбительный, унижительный оттенок. При консультировании также не рекомендуется использовать термины: эмбрион, зародыш, плод – поскольку для матери, для супружеской пары – это полноценный ребенок, который пока находится на стадии внутриутробного развития [10].

Качество пренатальной диагностики напрямую зависит от технических характеристик ультразвуковой аппаратуры, квалификации исследователя, особенностей акушерской ситуации. В настоящее время большинство аномалий диагностируется внутриутробно. Соответственно, еще до рождения ребенка должен обсуждаться вопрос о прогнозе при данном пороке, времени и месте родоразрешения, возможности коррекции, последующего выхаживания и реабилитации новорожденного. Все это подразумевает мультидисциплинарный подход и преемственность в работе акушеров-гинекологов, генетиков, неонатологов, кардиохирургов, нейрохирургов и т. д.

Однако, несмотря на очевидный прогресс в этом направлении сохраняются определенные трудности. Во-первых, порок может быть не выявлен по объективным причинам, например, ввиду поздней манифестации. Во-вторых, не исключена неблагоприятная внутриутробная эволюция порока, требующая досрочного родоразрешения. В таких случаях возникают тактические и этические дилеммы: пролонгировать беременность с ухудшением состояния ребенка ввиду наличия у него порока развития, либо прибегнуть к досрочному родоразрешению с наслоением неонатальных проблем, связанных с недоношенностью. Это еще один довод в пользу необходимости взаимодействия врачей различных специальностей.

Как преподать всю эту информацию – нейтрально, с чувством сожаления, сопереживания? Налаживание психоэмоционального контакта с семьей необходимо для принятия участия в судьбе ребенка. В данной связи не исключено возникновение конфликтных ситуаций: диагностика порока развития может вызвать у врача-специалиста чувство «профессионального восторга», а у пациентки – разнообразный спектр психологических расстройств; неподтвержденность диагноза после рождения ребенка либо ухудшение прогноза по сравнению с результатами пренатального консультирования служит предпосылкой формирования чувства недоверия к медицинским работникам [10]. В целом – это новая сложная сфера межличностных взаимодействий, связанная с информированием о наличии у ребенка

врожденных аномалий развития. И в целях предупреждения конфликтов в настоящее время настоятельно рекомендуется осуществлять цифровое архивирование проводимых ультразвуковых исследований.

Существуют определенные подходы к предоставлению информации о некурабельных аномалиях либо о пороках с сомнительным прогнозом. Это особенно важно с учетом того, что многие супружеские пары осознанно отказываются от прерывания беременности даже при наличии заведомо фатального порока. И в этом усматривается противоречие между естественным желанием матери сохранить жизнь ребенка и показателями работы службы здравоохранения (перинатальная, младенческая смертность), по которым оценивается эффективность оказания медицинской помощи. Но даже при крайне редком пороке каждый ребенок априори имеет право на жизнь и лечение.

Наконец, еще одна сторона проблемы, на которую необходимо обратить внимание – сохранить здоровье детей с врожденными пороками развития на должном уровне удастся не всегда, даже при условии безупречной диагностики и современных методик лечения. Снижение младенческой смертности влечет за собой рост детской инвалидности. Определенное количество детей будет нуждаться в паллиативной помощи, отличающейся от паллиативной помощи взрослым, для которых речь идет, в основном, о терминальной стадии онкологических заболеваний. Для пациентов детского возраста, прежде всего, необходимо улучшение качества жизни при наличии тяжелой патологии, в структуре которой врожденные заболевания могут составлять от 30 до 50%. Здесь крайне важно взаимодействие специалистов медицинского и немедицинского профиля. Также необходимо вести речь об абилитации – развитии у ребенка умений, которые не могут появиться без целенаправленной работы специалистов. Поэтому диагностика, лечение и выхаживание детей с врожденными аномалиями требует серьезных экономических затрат со стороны государства.

Этические аспекты лечения детей с врожденными пороками развития вряд ли можно полноценно охарактеризовать только с точки зрения имеющихся в распоряжении архивных материалов или научных публикаций. В них, как правило, отсутствует эмоциональная составляющая, а сухие фразы о проведенном обследовании и лечении не дают абсолютно никакой информации о жизненных перипетиях, через которые суждено пройти ребенку и его семье. Отчасти эта проблема может быть отражена в произведениях художественной литературы, без которых картина существования людей с врожденными аномалиями будет неполной. В белорусской литературе «отголоски» рассматриваемой проблемы можно встретить в произведениях

Владимира Короткевича, Светланы Алексиевич, Тамары Лисицкой, Леонида Леоновича, Тамары Бунта.

Таким образом, вопросы этики в диагностике и лечении пациентов с врожденными аномалиями развития всегда имели место и в медицинской практике и вне таковой. С учетом расширяющихся диагностических возможностей, неуклонно смещающих сроки выявления врожденных пороков развития на более ранние сроки, будет повышаться значимость пренатального консультирования, его как медицинских, так и этических аспектов.

Список литературы

1. Никифоровский, Н. Я. Простонародные приметы и поверья, суеверные обряды и обычаи, легендарные сказания о лицах и местах /Н.Я.Никифоровский. – Витебск, 1897.
2. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Опись 15. Дело 1151.
3. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Опись 28. Дело 382.
4. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Опись 28. Дело 575.
5. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Опись 1. Дело 1589.
6. Петров, Н. Т. Случай пересадки мочеточников в кишку на протяжении по способу Миротворцева по поводу эктопии мочевого пузыря / Н. Т. Петров. – Медицинский журнал БССР, 1938. – № 5-6. С. 98 – 100.
7. Михельсон, А. И. Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевой системы / А. И. Михельсон. – Минск : Государственное издательство БССР, 1957. – 192 с.
8. Рабинович, К. Н. Операции образования искусственного влагалища / К. Н. Рабинович. – Ленинград, 1939. – 264 с.
9. Государственный архив Гродненской области. – Фонд 828, опись 1. Дело 588.
10. Тихоненко, И. В. как сообщить беременной пациентке о проблемах с плодом? / И. В. Тихоненко. – Репродуктивное здоровье. Восточная Европа, 2018. – Том 8, № 4. С. 501 – 509.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВЫЗОВЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф.

УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»

Резюме. В работе, на основе анализа нормативных документов и существовавших в недавнее время организационных подходов, представлены обоснование, а также раскрыто последовательное внедрение, тех организационных изменений, которые произошли в работе с пациентами

с болезнями системы кровообращения на примере Брестской области Республики Беларусь.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, организация медицинской помощи, Республика Беларусь

MODERN MEDICAL AND ORGANIZATIONAL CHALLENGES IN THE ORGANIZATION OF WORK WITH PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATION SYSTEM

Pobivantseva N. F.

Brest Regional Cardiological Dispensary

Summary. Based on the analysis of regulatory documents and recently existing organizational approaches, the paper presents the rationale, and also discloses the consistent implementation of those organizational changes that have occurred in the work with patients with diseases of the circulatory system on the example of the Brest region of the Republic of Belarus.

Key words: diseases of the circulatory system, organization of medical care, Republic of Belarus

Актуальность проблемы болезней системы кровообращения (БСК) не теряет остроты и требует разработки действенных медико-организационных мер по ее решению. В современных условиях организационные технологии должны основываться на том, чтобы управленческие функции анализа, постановки задач (планирования) и контроля их исполнения были непосредственно связаны с практической реализацией первичным звеном здравоохранения.

Посредством метода экспертной оценки, по данным нормативной документации Министерства здравоохранения Республики Беларусь периода 2005-2011 годов [1, 2], утвержденных отчетных форм Национального статистического комитета – форма 30 раздел IV (таблицы 1-3 данной формы), ретроспективно изучены организационные подходы к диспансеризации населения, существовавшие в этот период, и их соответствие Национальным рекомендациям «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии» [3]. Было установлено, что диспансеризация кардиологических пациентов как организационная технология с 2010 года нуждалась в совершенствовании с тем, чтобы обеспечить ее соответствие современным медицинским технологиям, представленным в клинических стандартах.

Само проведение всеобщей диспансеризации как профилактической программы вошло в перечень мероприятий Президентской, Национальной и

Государственных программ в области охраны здоровья. Так, Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы была поставлена задача дифференцированной диспансеризации путем скрининга в различных возрастных группах с учетом факторов риска развития заболеваний. Определен ожидаемый результат реализации программы – снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности и снижение заболеваемости трудоспособного населения на 10% за период действия программы. Это объяснялось необходимостью уменьшения экономических затрат, связанных с оплатой временной утраты трудоспособности и заболеваемости лиц трудоспособного возраста, занятого в производстве как основного гаранта экономической стабильности страны. Для решения поставленной задачи, Министерством здравоохранения Республики Беларусь издано постановление от 12.10.2007 № 92, которым утверждена инструкция о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь. Отчетной формой ее проведения явилась форма 30 Национального статистического комитета раздел IV (табл. 1-3). Анализируя позиции отчетной формы, не сложно заметить, что отчетность формировалась не по значимости той или иной патологии с оценкой эффективности работы, а по социальным показателям. Так, из общего числа осмотренного населения с разбивкой по группам диспансерного наблюдения выделялись рабочие организаций промышленности; рабочие организаций агропромышленных комплексов; подростки 15-17 лет с разбивкой в зависимости от места получения образования либо работы. Отчетность содержала позиции, важные для признания годности либо нет к военной службе и меры их реабилитации (госпитализация, санаторно-курортное лечение и т. д.). Из нозологических единиц в форме учитывались пациенты с туберкулезом, сифилисом. Отдельно учету подвергались женщины детородного возраста для оценки соблюдения контрацепции.

Надо отметить, что группа пациентов с БСК как и другие существующие нозологии в общей статистике не выделялась и каких-либо механизмов влияния на демографические показатели в рамках ее проведения не предусматривалось. Определена лишь кратность наблюдения в рамках диспансеризации для пациентов с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, а так же имеющих изменения (без уточнения) на электрокардиограмме и «неблагоприятную» наследственность по ишемической болезни сердца.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2011 года № 51 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 года № 92» так же не предложено механизмов и требований к проведению

диспансеризации. И в принципе, задача влияния на демографические показатели через проведение эффективной диспансеризации не ставилась. Дополнения касались определения понятий эффективности диспансеризации, куда вошли ежеквартальные показатели госпитализаций, перехода пациентов из групп в группы и др., при этом конечный результат ее оценивать не требовалось.

Выделяя «слабые» места в работе участковой службы, нами был последовательно разработан и внедрен ряд организационных инструментов, направленных на усовершенствование процесса работы с пациентами с болезнями системы кровообращения и послуживших основой инструкции по применению.

Одним из более существенных инструментов, применимых нами с 2012 года в качестве эксперимента, было распределение всех пациентов с БСК по группам кардиоваскулярного риска. Такая градация предложена Европейским и Белорусским обществом кардиологов в 2010 году. Это позволило более дифференцированно подходить к пациентам с БСК, находящимся под диспансерным динамическим наблюдением, определяя очередность и кратность наблюдения в зависимости от индивидуального прогноза течения заболевания в целях минимизации рисков неблагоприятных исходов (смерть, инвалидность, частая декомпенсация и т. д.). Кроме того, это позволило создать «дорожную карту» движения пациентов по уровням оказания помощи в зависимости и от потребности в высокотехнологичных лечебно-диагностических процедурах и на практике показать необходимость создания межрайонных кардиологических центров, что легло в основу приказа управления здравоохранения Брестского облисполкома от 05.02.2018 № 5 «О создании межрайонных кардиологических центров. За период 2008-2018 гг. в результате внедрения в Брестской области вырос процент охвата диспансерным динамическим наблюдением пациентов с болезнями системы кровообращения с 53,0 до 89,0% ($p < 0,05$) в общей популяции и с 70 до 91% ($p < 0,05$) в трудоспособном возрасте [4].

С увеличением охвата диспансерным динамическим наблюдением пациентов с БСК при реализации организационного эксперимента, изменились показатели распространенности сердечно-сосудистой патологии и ее осложнений в сравниваемых периодах. Произошел рост общей заболеваемости БСК в связи с увеличением количества осмотренных пациентов с данной патологией в рамках проводимой диспансеризации, охвата их динамическим наблюдением с достижением целевых показателей (снижение уровня артериального давления, частоты пульса, стабилизации липидного спектра крови). Кроме того, в сравниваемых периодах произошло снижение показателя первичной заболеваемости БСК и ишемической болезнью сердца (ИБС) в трудоспособном возрасте при увеличении его в Республике Беларусь,

снизилось количество осложнений ИБС в виде острых коронарных состояний и острого нарушения мозгового кровообращения у лиц трудоспособного возраста, что прослеживается и в показателях по стране.

Увеличение процента охвата диспансерным динамическим наблюдением пациентов с БСК и применение предложенной нами технологии отбора на высокотехнологичные вмешательства позволили увеличить доступность этих методик населению области, обосновать необходимость развития межрайонных кардиологических центров с оборудованием ангиографическими операционными [5].

Так, выявлен рост охвата с 2011 год в 3,2 раза по операциям ($\chi^2=630,3$, $p<0,00001$), в 2,1 раза по исследованиям ($\chi^2=625,3$, $p<0,00001$), а именно: с 763 операций и 2103 исследований в 2011 году при населении 1 393 072, что составило 54,8 на 100000 населения и 151,0 соответственно до 2424 операций и 4469 исследований при населении – 1 382 433, что составило 175,3 на 100000 населения и 323,3 соответственно в 2018 году.

Несмотря на то, что в целом как в Республике Беларусь, так и в Брестской области регистрируется рост общей заболеваемости БСК, что объясняется увеличением охвата диспансерным динамическим наблюдением, темп роста значительно менее выражен по сравнению с темпом роста частоты использования высокотехнологичных и сложных кардиохирургических и рентгенэндоваскулярных вмешательств и операций. Небезосновательно полагать, что повышение доступности приведет к тому, что индивидуально каждая медицинская услуга (каждый законченный случай диагностики, лечения и реабилитации) кардиологическим пациентам изменится в качественно лучшую сторону, что на уровне всего населения региона закономерно отразится на состоянии здоровья населения.

Учитывая, что удельный вес БСК является наибольшим среди всех причин смерти и составляет в среднем 53-55%, а показатели заболеваемости населения этой патологией определяют ее как основную, подлежащую диспансерному динамическому наблюдению, можно с уверенностью говорить о стабилизации основных демографических процессов за период 2009-2019 гг. в том числе и как о результате усовершенствования процесса диспансеризации населения, предложенного нами.

Что касается смертности от БСК, то наиболее значимых результатов удалось добиться среди лиц трудоспособного возраста в связи с тем, что усовершенствованию диспансеризации этой категории граждан уделялось особое внимание, так как показатель являлся критерием ожидаемых результатов реализации Государственных программ в сфере охраны здоровья [6]. Снижение смертности среди лиц трудоспособного возраста

произошло с 176 до 143,7 случаев на 100 тысяч населения за обозначенный период времени (2009-2019).

Несомненно, что показатель первичного выхода на инвалидность так же является критерием эффективности проводимой диспансеризации, так как предполагается комплекс профилактических мероприятий, направленный на сохранение трудоспособности. Однако, как следует из показателей, отражающих его динамику за период 2011-2018 года, отмечается некоторый рост количества лиц, вышедших на инвалидность как в общей популяции с 21 на 10000 населения до 29,7, так и в трудоспособном возрасте с 8,49 до 10,32 на 10000 населения.

И, наконец, в том же аспекте оценки эффективности диспансеризации как комплекса профилактических мероприятий, в частности вторичной профилактики болезней системы кровообращения, на наш взгляд показателен результат снижения уровня заболеваемости острым инфарктом миокарда с 15,5 в 2010 году до 14,8 в 2019 на 10000 населения, а так же уменьшение показателя смертности по этой причине в 2019 году до 9,4 на 10000 населения по сравнению с 2010 (10,2 на 10 тыс.), что прослеживается по официальным статистическим данным.

Новизна и актуальность метода заключается в оптимизации процесса курации пациентов с БСК посредством точечной оценки индивидуального прогноза течения заболевания с организацией мер вторичной и третичной профилактики в зависимости от групп кардиоваскулярного риска. Алгоритм позволит рационально использовать имеющуюся в распоряжении учреждений здравоохранения материально-техническую базу и кадровый ресурс, определяя первоочередность применения лечебно-диагностических методик у данного контингента пациентов, что способствует снижению экономических затрат на их сопровождение (госпитализация, вызова скорой медицинской помощи и т. д.) и стабилизации медико-демографических показателей здоровья населения.

Список литературы

1. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 № 92 (в редакции постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.02.2009 № 11) // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2009.
2. О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 года № 92 : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2011 года № 51 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2011.
3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Национальные рекомендации / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Белорусское научное общество кардиологов ; авторы-составители А. Г. Мрочек, Т. А. Нечесова, И. Ю. Коробко, М. М. Ливенцева, О. С. Павлова, А. М. Пристром. – Минск, 2010. – 52 с.
4. Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений) и признании

утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 № 185702 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2012.

5. О совершенствовании диспансеризации населения области : приказ управления здравоохранения Брестского областного исполнительного комитета, 04 июля 2017 г., № 20 // ЭТАЛОН. Решения органов местного управления и самоуправления / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
6. Антипова, С. И. Некоторые проблемы организации диспансерного динамического наблюдения / С. И. Антипова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 1. – с. 58-64.

ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫМ ГРУППАМ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф.

УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер», г. Брест, Республика Беларусь

Резюме. В статье рассмотрены инновационные подходы к технологии и организации работы с пациентами групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска болезней системы кровообращения в качестве инструмента перехода к клинико-затратным группам, направленным на обеспечение эффективности и качества оказания специализированной медицинской помощи. Показана необходимость в создании республиканского кардиорегистра в виде электронного ресурса, объединяющего работу врача общей практики как первоисточника информации о пациенте с болезнями системы кровообращения и специалистов кардиопрофиля третьего и четвертого уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи.

Ключевые слова. Диспансеризация, группы кардиоваскулярного риска, болезни системы кровообращения, клинико-затратные группы.

FROM DISPENSERIZATION TO DIAGNOSTIC-RELATED GROUPS OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Pobivantseva N. F.

Brest Regional Cardiological Dispensary

Summary. The article discusses innovative approaches to the technology and organization of work with patients of high and very high cardiovascular risk groups of cardiovascular diseases as a tool for the transition to diagnostic-related groups aimed at ensuring the efficiency and quality of specialized medical care. The need to create a republican cardioregistry in the form of an electronic resource that combines the work of a general practitioner as the primary source of information about a patient with cardiovascular diseases and cardioprofile specialists of the third and fourth levels of specialized, including high-tech care, is shown.

Key words. Clinical examination, groups of cardiovascular risk, diseases of the circulatory system, diagnostic-related groups.

Цель. Исследования являлось обосновать необходимость выделения групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска среди пациентов с болезнями системы кровообращения для уменьшения вклада этой патологии в расходы государства на обеспечение клинико-затратных групп. Для этого на примере сельских и городских терапевтических участков Каменецкой ЦРБ проведен сравнительный анализ доступности и качества оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения (БСК) до и после формирования групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска за период 2012-2019 годы. Показан эффект нового организационного механизма.

Результаты и их обсуждение. Вопросам диспансеризации населения Республики Беларусь на протяжении нескольких десятилетий уделялось большое значение организаторами здравоохранения в связи с неопределимой ролью этого профилактического направления для успешности решения задач, стоящих перед здравоохранением. Совершенно обоснованно проведение всеобщей диспансеризации явилось мероприятием Президентской, Национальной и государственных программ в области охраны здоровья. Так, Национальные программы демографической безопасности Республики Беларусь, начиная с 2007 года обозначили задачу проведения диспансеризации как инструмента для обеспечения демографической стабильности страны, основанной на снижении смертности, заболеваемости и инвалидности населения и связанных с этими процессами экономическими дефинициями [1].

Способы организации профилактической работы с населением в отрасли здравоохранения всегда вызывали множество мнений в медицинском сообществе, но то, что диспансеризация является важным инструментом и ключевой организационной технологией на сегодняшний день не подлежит сомнению. Ряд авторов (С.Е. Квасов и соавторы) [2] отмечают, что выявление донозологических и преморбидных состояний организма необходимо проводить у различных контингентов населения, в том числе для оценки функциональных резервов организма. По их мнению, это позволит выделить группы «повышенного риска», что даст возможность в последствии создавать и адаптировать программы лечебно-диагностических мероприятий, способствующих улучшению адаптационных резервов организма и ограничить переход к патологическим состояниям. Весьма интересной в данной работе нам кажется мысль, что «критерии здоровья популяций до последнего времени основываются на таких показателях как заболеваемость, инвалидность, смертность, которые по существу, отражают не состояние здоровья, а состояние патологии». Исключительно важна методика скрининга факторов риска развития БСК как основной социально-значимой патологии, влияющей на медико-демографические и экономические процессы.

Нами уже опубликованы данные, полученные в процессе анализа статистических показателей результатов работы Брестского региона, выявившие зависимость уровня смертности, инвалидности и заболеваемости по причине основных нозологических форм болезней системы кровообращения от уровня и качества диспансеризации [3]. Кроме того, отмечено, что заболеваемость формировалась за счет выявляемости БСК в острых формах, таких как острый инфаркт миокарда, острая недостаточность мозгового кровообращения и т. д., требующих госпитализации пациентов на высокочатотные койки отделений кардиологии, неврологии, реанимации, кардио и эндоваскулярной хирургии. Этот существенный вывод должен лечь в основу новой организационной модели развития здравоохранения республики в наметившейся перспективе перехода к клинико-затратным группам, диспансеризации «одного дня» и финансировании учреждений здравоохранения из принципа «деньги за пациентом».

Ряд авторов утверждают, что проводимый в рамках диспансеризации скрининг факторов риска развития БСК и дальнейшее дообследование для определения клинико-функционального диагноза пациента с дальнейшим применением клинического протокола [4] является весьма экономически и ресурсозатратным в связи с избыточным включением в медицинское обследование методов скрининга и дополнительных медицинских вмешательств. Показано, что затраты на массовые профилактические обследования населения по поводу хронических неинфекционных

заболеваний и факторов их риска можно существенно сократить за счет тщательного планирования объема и структуры исследований.

А. М. Калинина и соавторы в своей статье [5] отмечают, что БСК в Российской Федерации так же продолжают оставаться приоритетными в организационной технологии массовых обследований и отмечают, что контроль качества диспансеризации имеют важнейшее значение как для обеспечения диагностической полноты, так и оценки рационального использования ресурсов. Совершенно справедливо подчеркнуть, что повысить качество диспансеризации может информатизация диспансеризации, которая направлена на уменьшение влияния человеческого фактора, возможной фальсификации и искажения данных (приписки, недостоверные данные). Для реализации этой важной задачи нами также видится перспективной необходимость создания республиканского кардиорегистра в виде электронного ресурса, объединяющего работу врача общей практики как первоисточника информации о пациенте с БСК и специалистов кардиопрофиля третьего и четвертого уровня оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, посредством формирования баз данных. Создание такой информационной системы обеспечит возможность контроля достоверности и оценки качества оказания помощи, её доступности, планирования расходов на улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения, потребность в кадрах, а также исключение возможности проявления коррупционной составляющей при определении потребности в высокотехнологических вмешательствах.

На наш взгляд, оптимизация работы первичного звена и совершенствование организационной модели работы с БСК в таком аспекте позволит рационально использовать материально-технические и кадровые ресурсы, в том числе снизить нагрузку по обеспечению клинико-затратных групп, внедряемых в Республике на данном этапе. Нами проработан [6] и предложен для внедрения на уровне Республики Беларусь новый организационный механизм, в основе которого в качестве платформы должна стать работа с пациентами из групп кардиоваскулярного риска. Индивидуальный подход в зависимости от прогноза течения заболевания и профилактика осложнений, относящихся к клинико-затратным, позволят маршрутизировать потоки пациентов по уровням оказания помощи и задействовать имеющиеся кадровые ресурсы. Кроме того, планирование работы с пациентами этих групп, позволит адаптировать материально-технические возможности учреждений здравоохранения к потребности в оказании помощи пациентам с БСК. Как известно, планирование затрат, расчет и квотирование медицинских услуг позволят рационально и максимально

качественно и доступно обеспечить помощь тому контингенту, который в этом наиболее нуждается.

Если рассуждать о качестве оказания помощи пациентам с БСК, распределение по группам кардиоваскулярного риска позволит обеспечить консультативной помощью врачом-кардиологом группы высокого и очень высокого риска, что так же скажется на снижении количества обострений БСК и их осложнений, относящихся к клинико-затратным, таким как острый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, декомпенсации сердечной деятельности, а так же кардиохирургические вмешательства. Компетенции врача общей практики не позволяют обеспечить должное качество и соответствие современным требованиям оказания помощи пациентам групп высокого риска.

В доказательство актуальности обозначенного нами направления приведем данные, полученные в Российской Федерации в ходе мониторинга качества диагностического обследования в отношении полного выявления сердечно-сосудистых заболеваний. Показана низкая частота (не больше 10%) метода углубленного диагностического обследования, как назначенного (приблизительно 20% от прошедших скрининг ФР), так и выполненного: БЦА 61%, невролог 84%, липидограмма 85%.

Зарубежные авторы так же отмечают достаточно низкий уровень углубленных исследований сердечно-сосудистой системы при наблюдении пациента врачом общей практики относительно рекомендаций, выдаваемых врачом-кардиологом [7]: стресс-тесты 71,8% обращений к кардиологу (28,4% у врача общей практики), эхокардиография 38,9% и 15,8 соответственно, терапия статинами: назначаются 72% и 65% соответственно, ЧКВ 5% к 1%, коронароангиография 11,2% против 0,3% у врача общей практики.

В рамках финансируемой научной работы совместно с ГУ «РНПЦ «Кардиология» в течение 2021 года нами изучалась данная гипотеза на примере Каменецкой ЦРБ. Среди прочих задач необходимо было доказать эффективность отбора пациентов с БСК в группы кардиоваскулярного риска с формированием баз данных о них, полученных при проведении лечебно-диагностических методик, в том числе высокотехнологичных, для организации поточности пациентов по уровням оказания помощи. В зависимости от группы риска и индивидуального прогноза течения заболевания определялась очерёдность и сроки медицинских вмешательств. По итогу этой работы выявилась потребность в усилении координирующей роли врача кардиолога первичного звена и создание межрайонных кардиологических центров для реализации поставленных задач, в том числе улучшение медико-демографических показателей по разделу БСК.

На 25.01.2022 окончательная выборка по сельским участкам составила 1025 человек (667 – Беловежская АВОП и 358 – Видомлянская АВОП) и 1346 по городским участкам (874 – участок № 1 Высоковской поликлиники и 472 – участок № 4 Каменецкой поликлиники). Суммарно 2371 человек. Изучалась работа с пациентами из групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска на протяжении 8 лет с периодом до создания межрайонного кардиологического центра на функциональной основе (2010-2015 годы) и после его организации (2016-2019). Проводилось сравнение полученных результатов.

Средний возраст пациентов составил 49,1 года: в сельской популяции – 52,8 года; по городским жителям – 46,3 года.

Учитывая, что межрайонные кардиологические центры осуществляют свою деятельность на функциональной основе, что не позволяет охватить все население, акцент был сделан на трудоспособных пациентов обоих полов, а в общей популяции – в большей степени на мужское население, проживающее в сельской местности.

Проведенный анализ числа посещений пациентов УЗ «Каменецкая ЦРБ» к врачам-кардиологам различных уровней (районный, областной, республиканский) выявил улучшение доступности специализированной кардиологической помощи за четырехлетний период 2016-2019 годов с момента внедрения в практику организационного эксперимента в сравнении с периодом 2012-2015 годов. Отмечен рост числа посещений к специалисту районного уровня в 2,1 раза, к специалисту областного уровня – более чем в 3 раза. Более значительный рост произошел на городских участках: в 3,2 раза к специалисту районного уровня и 4,8 к специалисту областного уровня при 1,7 раз/2,8 раза в выборке по сельским участкам.

За анализируемый период по данным государственной отчетности (ф. 1-организация) и по результатам выборки из первичной медицинской документации пациентов УЗ «Каменецкая ЦРБ» по исследуемым терапевтическим участкам представлены результаты динамики количества диагностических исследований. Отмечается увеличение количества УЗ-исследований всего с 2012 по 2019 гг. с 15847 до 33052 (+108,6%), из них сердечно-сосудистой системы с 954 до 1449 (+ 51,9%).

Анализируя демографическую ситуацию по Каменецкому району с 2012 по 2019 годы, можно отметить снижение смертности в трудоспособном возрасте с 516,6 на 10000 трудоспособного населения в 2012 году до 471,8 в 2019 году (на 8,7%), в том числе среди мужчин с 760,9 до 722,1 (на 5,1%), среди женщин – с 224,7 до 151,8 (на 32,4%). Среди городского трудоспособного населения смертность снизилась с 332,3 до 270,7 (на 18,5%), среди сельского трудоспособного населения – с 637,6 до 611,5 (на 4,1%). Тем самым проведенная работа подтвердила целесообразность выделения групп высокого

и очень высокого кардиоваскулярного риска в качестве организационного механизма в работе с пациентами с БСК на любой платформе – при диспансеризации и без нее.

Анкетирование как среди пациентов, так и среди медицинских работников, подтвердило предположение об эффективности такой формы работы. Выборка по анкетам пациентов составила 791 человек, по медицинским работникам – 304 человека, суммарно 1095. Участники анкетирования в целом позитивно оценивают качество оказания медицинской помощи врачом-кардиологом: более 2/3 пациентов им удовлетворены.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования подходов к диспансеризации либо проработке нового механизма, более обоснованного и акцентированного на конечный результат (социально-экономический и демографический). В новой модели необходимо увязать количество проводимых мероприятий с оценкой качества оказания помощи. По нашему мнению, при проведении вторичной профилактики в амбулаторно-поликлинических условиях в разделе болезней системы кровообращения, обосновано выделение групп кардиоваскулярного риска, организация работы с таким контингентом в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения БСК и распределение по уровням оказания помощи в зависимости от предполагаемого вмешательства, формирование единых баз данных о таких пациентах посредством каналов в целях уменьшения для здравоохранения бремени клинико-затратных групп.

Список литературы

1. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг. : утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 26.03.2007 № 135.
2. Инновационная модель системы диспансеризации работающих / С. Е. Квасов [и др.] // Журнал Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10) март. – С. 20-23.
3. Побиванцева, Н. Ф. Медико-демографическая ситуация в связи с болезнями системы кровообращения в Брестской области как основа организационно-управленческих решений // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 18, № 2. – С. 152-160.
4. Максикова, Т. М. К вопросу о сокращении объема диспансеризации и профилактических осмотров / Т. М. Максикова, А. Н. Калягин // Менеджмент в здравоохранении. – Иркутск, 2019. – № 1. – С. 35-40.
5. Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет / А. М. Калинина [и др.] // Терапевтический архив. – г. Москва, 2016. – № 1. – С. 46-51.
6. Сурмач, М. Ю. Организация работы с группами кардиоваскулярного риска на различных технологических уровнях оказания медицинской помощи / М. Ю. Сурмач, Н. Ф. Побиванцева // Факторы риска, популяционное (индивидуальное) здоровье в гигиенической донозологической диагностике / Материалы 15-й Евразийской научной

конференции «Донозология-2020» /Под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора Захарченко М. П. – СПб., 2020. – С. 470-471.

7. Виллевалде, С. В. Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами и исходов при сердечно-сосудистых заболеваний / С. В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 25 (S4). – С. 62-70.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ГРУЗИЯ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «SPRING»

Разводовская Я. В., Сурмач М. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

Резюме. В статье представлен опыт проведения экспертной оценки качества деятельности медицинских университетов Республики Грузия, осуществлённой по критериям Всемирной Федерации Медицинского Образования (WFME) в рамках выполнения запланированных мероприятий международного проекта Erasmus KA2 «Определение целей и инструментов экспертной оценки для медицинского образования (здравоохранения)» (SPRING = «Setting peer review instruments and goals for medical (health) education»)

Ключевые слова: экспертная оценка, медицинское образование, международный проект.

EXPERIENCE OF EXPERT ASSESSMENT OF THE ACTIVITIES OF HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF GEORGIA WITHIN THE FRAMEWORK OF THE INTERNATIONAL PROJECT «SPRING» IMPLEMENTATION

Razvodovskaya Ya. V., Surmach M. Yu.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Summary. The article presents the experience of conducting an expert assessment of the quality of activities of medical universities in the Republic of

Georgia, carried out according to the criteria of the World Federation of Medical Education (WFME) as part of the implementation of the planned activities of the international project Erasmus KA 2 "Defining the goals and tools of peer review for medical education (health)" (SPRING = "Setting peer review instruments and goals for medical (health) education")

Key words. Peer review, medical education, international project.

Согласно политике Всемирной организации здравоохранения, Всемирной медицинской ассоциации, для признания в образовательной комиссии иностранных выпускников учреждений высшего медицинского образования все медицинские организации до 2023 года должны пройти международную аккредитацию в агентстве, признанном Всемирной федерацией медицинского образования. Наличие аккредитации для учреждения высшего образования является сегодня обязательным условием его существования и легитимности, гарантирует качество образовательных программ, обеспечивает открытость университета и дает ему возможность занять достойное место на мировом рынке образовательных услуг. Международная аккредитация позволяет оценить соответствие реализуемых в университете образовательных программ европейским и мировым стандартам качества, получить рекомендации экспертов относительно путей их дальнейшего совершенствования.

Практика проведения международной аккредитации показала необходимость решения задач методологического обеспечения аккредитационной деятельности международных экспертов. Опыт прохождения Гродненским государственным медицинским университетом международной аккредитации выявил различия методологических подходов к интерпретации требований и норм в реализации образовательных программ, разное понимание академической свободы при формировании учебных планов, разные возможности корректировки учебных планов и программ, различия в степени участия работодателей в формировании учебных планов и пр.

Особенности и различия систем образования могут создавать препятствия для получения аккредитующих документов. В связи с этим возникает потребность оказания экспертной помощи со стороны аккредитованных для этой цели структур. Подготовка экспертов и учреждений образования к участию в процедуре международной организации предполагает планомерный процесс с участием всех заинтересованных сторон (аккредитующих и аккредитуемых). Для подготовки экспертов международного уровня и создания методологической базы проведения международной аккредитации медицинских специальностей был инициирован проект «Определение целей и инструментов экспертной оценки для медицинского образования (здравоохранения)» (SPRING = «Setting peer review instruments and

goals for medical (health) education»), реализуемый 14 вузами-партнерами из 7 стран в рамках направления программы Эразмус + КА2 «Сотрудничество в целях инноваций и обмен передовым опытом. Создание потенциала в сфере высшего образования». Цель проекта – повысить качество медицинского образования в вовлеченных странах-партнерах и способствовать появлению изменений такого же характера в остальных странах бывшего Советского Союза. Проект направлен на подготовку группы высококвалифицированных экспертов и оказание помощи учреждениям медицинского образования в целевых регионах в области эффективной подготовки к международной аккредитации.

Одним из этапов реализации проекта явилось проведение визитов экспертных групп (как онлайн, так и традиционным способом), прошедших предварительную подготовку в рамках семинаров. В ходе семинаров было организовано интенсивное обучение в онлайн режиме, с чередованием лекций, ролевых игр, работы в малых группах (от трёх до десяти человек). Группы являлись мобильными, состав групп менялся в течение дня и включал представителей из разных университетов и разных стран, каждый из участников имел возможность выступить в роли, как студента, так и в роли ректора аккредитуемого университета. Организаторами являлись Литовский университет наук о здоровье (Каунас, Литва), Медицинский университет (София, Болгария), Батумский международный университет (БАУ, Батуми, Грузия). Помимо того, был организован обучающий онлайн-визит на базе Гродненского государственного медицинского университета, проведенный экспертами Многонационального Совета по Экспертной Оценке (МСЭО) проекта (2-3 июня 2021).

В ходе визита представителей Гродненского государственного медицинского университета в 4 учреждения высшего образования Республики Грузия проведена учебная аккредитация Тбилисской медицинской академии имени Петро Шотадзе, Национального университета Грузии, Батумского международного университета БАУ, Тбилисского государственного медицинского университета, отработан навык проведения экспертной оценки деятельности медицинских университетов на английском языке в рамках международной аккредитации.

Во время аккредитации на местах изучены отчёты по самооценке деятельности учреждений высшего образования по медицинским специальностям и прилагаемые к ним подтверждающие материалы; осуществлены экспертные интервью с представителями целевых групп университетов по 12 стандартам, разработанным консорциумом проекта в соответствии с критериями Всемирной Федерации Медицинского Образования (WFME); подготовлены отчеты о результатах работы внешней

экспертной комиссии. Анализ данных, полученных в ходе работы экспертной комиссии, выявил как сильные, так и слабые стороны не только деятельности аккредитуемых университетов, но и системы образования в целом.

Среди преимуществ образовательного процесса по медицинским специальностям в Грузинских учреждениях высшего образования можно выделить возможность выдавать дипломы европейского образца; реализацию обучения на разных языках, активное внедрение в учебный процесс современных интерактивных методов преподавания (ситуационное обучение (case-based learning), ОСКЭ, стандартизированный пациент и пр.); членство университетов в ряде международных ассоциаций в области медицинского образования: Европейская ассоциация университетов (EUA), Ассоциация медицинского образования в Европе (AMEE), Европейская ассоциация студентов-медиков (EMSA), Международная федерация ассоциаций студентов-медиков (IFMSA) и др.; активное сотрудничество со многими международными организациями: ВОЗ, Всемирной организацией медицинского образования (WFME), Образовательной комиссией по делам выпускников иностранных медицинских вузов (ECFMG) др. Многие работники из числа ППС и администрации университетов являются экспертами в области аккредитационной деятельности, что, несомненно, помогает при прохождении различных аккредитационных процедур. Интересным для изучения, но требующим обсуждения, показался опыт привлечения студентов к деятельности curriculum committee (аналог центрального научно-методического совета), что применяется в аккредитуемых вузах в целях усовершенствования учебно-методического обеспечения учебного процесса с позиции студента; проведение ежегодного конкурса студенческих идей о том, как можно улучшить качество подготовки в университете. Перспективным выглядит опыт привлечения тьюторов из числа профессорско-преподавательского состава клинических баз (в том числе ППС, работающего на условиях совместительства), что позволяет повысить практико-ориентированность высшего медицинского образования; опыт билатерального обмена студентами (в том числе из числа иностранных обучающихся) между университетами, аккредитованными WFME.

Наряду с вышеперечисленными достоинствами системы высшего образования Республики Грузия, существует целый перечень проблем, в числе которых можно выделить изменение механизмов финансирования вузов при изменении социальной направленности политики образования, что негативно отражается на качестве профессорско-преподавательского состава и возможностях последипломной подготовки; снижение доступности клинической практики студентов при реформировании системы здравоохранения с переходом к частной форме собственности, а также

недостаточная финансовая автономия университета; недостаточное финансирование научных исследований; полное отсутствие студенческих общежитий; недостаточная обеспеченность новой учебной литературой на грузинском языке; слабая связь с выпускниками университета.

Во время представления экспертной группы руководству и сотрудникам аккредитуемых вузов, осуществлена презентация экспортного потенциала ГрГМУ в области образования, науки и медицинских услуг. Интересным показался опыт сотрудничества медицинских университетов Беларуси в рамках УМО по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию при утверждении учебно-методической документации и присвоению грифов учебным изданиям. Среди инновационных достижений можно отметить применение профиля студента с мотивационной целью. Практика применения профиля студента с мотивационной целью будет апробирована в работе студенческой научной лаборатории кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГрГМУ.

Таким образом, проведение аккредитационной экспертизы медицинских университетов в Республике Грузия способствовало повышению компетентности в области экспертной оценки международного уровня административной и академических сфер учреждения высшего образования в целевой стране-партнере, позволило изучить возможности внедрения лучших инновационных достижений в образовательный процесс ГрГМУ.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫХ ГРУПП КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Романов Н. А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ),
г. Минск, Республика Беларусь

Резюме: Модель клинико-затратных групп была разработана как инструмент для управления организациями здравоохранения и потоками пациентов и в последующем стала основой системы оплаты услуг за стационарную медицинскую помощь. В Республике Беларусь завершён первый этап пилотного проекта по внедрению системы клинико-затратных групп.

Результаты пилотного проекта наглядно демонстрируют эффективность модели КЗГ как элемента управления качеством медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь / контроль качества / клиничко-затратные группы / бюджетирование ориентированное на результат

IMPLEMENTATION OF DIAGNOSIS-RELATED GROUP SYSTEM AS AN ELEMENT OF QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Ramanau M. A.

The Republican Scientific and Practical Center of Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Public Health (RSPC MT)

Summary: The Diagnosis-related group model was developed as a tool for managing healthcare organizations and patient flows and subsequently became the basis of the reimbursement system for inpatient medical care. In the Republic of Belarus, the first stage of the pilot project on implementation of the Diagnosis-related group system was completed. The results of the pilot project are already clearly demonstrating the effectiveness of the DRG model as an element of medical care quality management.

Key words: medical care / quality control / Diagnosis-related groups / results-oriented budgeting

Медицинская помощь в современных условиях необходимо рассматривать как непрерывный процесс, который характеризуется медицинской эффективностью и направлен на пациента (лечение конкретного пациента – случай оказания медицинской помощи) и, в более широком смысле, имеет свою социальную эффективность (система оказания медицинской помощи населению). В этих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятий «производственный процесс» и «организация производства», широко используемых в различных отраслях социально-экономической деятельности. Управление качеством медицинской помощи является одной из самых масштабных и приоритетных областей изучения в сфере социально-экономической деятельности. Продукцией отрасли здравоохранения является специфический вид товара – медицинская услуга [1].

Основным недостатком существующей системы возмещения расходов на здравоохранения с точки зрения оценки качества оказания медицинской помощи является отсутствие связи с результатами предоставления услуг.

В настоящее время модель КЗГ используется подавляющим большинством развитых и развивающихся стран в мире как для финансирования стационарной медицинской помощи, так и для оценки деятельности организаций здравоохранения.

Исходя из международного опыта можно определить 3 направления возможностей использования КЗГ:

- учет и контроль: от первичных данных организаций здравоохранения и их качества до качества предоставления услуг;
- регулирование объемов медицинской помощи, включая: обоснование планирования, оптимизации, перепрофилирования коечного фонда; основанное на фактических данных управление видами и условиями медицинской помощи; управление преемственностью и непрерывностью медицинской помощи;
- управление финансами и ресурсами организации.

Привлекательным в КЗГ является и то, что для реализации данных возможностей не требуется большого количества данных. Для группировки случаев используется объем, который соответствует статистической карте выбывшего из стационара, а именно:

- идентификационный номер случая;
- пол пациента;
- длительность пребывания пациента;
- исход случая: выписка / перевод / смерть;
- код диагноза по МКБ-10: основной и дополнительные;
- код хирургического вмешательства по NCSP-B: основной и дополнительные.

Вместе с тем, на опыте пилотного проекта Гродненской области можно отметить, что наибольшие затруднения вызывает использование нового для Республики Беларусь и неразрывно-связанного с процессом группировки справочника хирургических вмешательств NCSP-B, а также полнота учета и кодирования первичных статистических данных.

Группировка случаев происходит с учетом многих факторов и логически выражается в последовательности итераций по модели «правда-ложь» или «да-нет». Эти процессы неразрывно связаны с поставщиком КЗГ-модели в случае ее заимствования.

При подготовке к реализации пилотного проекта по внедрению системы КЗГ Министерством здравоохранения Республики Беларусь, при поддержке Фонда партнерства Кореи и Группы Всемирного Банка (KPWF), были проанализированы лучшие международные практики, опыт внедрения и использования модели возмещения затрат на оказание медицинской помощи в стационарных условиях по системе КЗГ.

По результатам анализа для внедрения в Республике Беларусь была выбрана модель NordDRG (Nordic), которая успешно используется в группе скандинавских стран и поставляется Nordic Casemix Centre.

При формировании групп используются уникальные «правила», и группировка связана с определенными системами кодирования. Модель NordDRG основывается на учете диагнозов по МКБ-10 и кодировании вмешательств, проведенных во время случая оказания медицинской помощи, по уже упомянутому справочнику хирургических вмешательств NCSP-B. КЗГ-группер позволяет не только присвоить уникальный код группе, но и обладает дополнительными возможностями, к примеру: выделение отдельного пула случаев по профилям (хирургические / терапевтические / диагностические); укрупнить КЗГ в группы общих диагностических критериев; выделить группы случаев по отдельным параметрам (с осложнениями/без осложнений).

В соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 декабря 2019 г. № 902 в республике завершен первый этап пилотного проекта по внедрению системы клинко-затратных групп, реализуемый при поддержке Фонда партнерства Кореи и Группы Всемирного Банка (KPWF) [2]. По итогам данного пилота сформирована сводная база данных о завершенных случаях госпитализации за период июль 2019 г. – июнь 2020 г. организаций здравоохранения пилотной зоны.

Общее количество записей в базе данных пилотной зоны – 176 579, которые сгруппированы в 639 групп, при этом группировка завершена технически у 175 496 записей, которые сформированы в 635 уникальные клинко-затратные группы.

В адаптированной для Беларуси системе NordDRG выделены 25 общих диагностических критериев (далее – ОДК), которые объединяют 775 клинко-затратных групп. По результатам группировки записей о законченных случаях госпитализации организаций здравоохранения пилотной зоны, практически 50% от общего числа записей составили следующие топ-5 ОДК (рисунок 1):

- заболевания и состояния сердечно-сосудистой системы;
- заболевания и состояния пищеварительной системы;
- заболевания нервной системы;
- беременность, роды и послеродовый период;
- заболевания и состояния скелетно-мышечной системы и соединительной ткани.



Рисунок 1. – Распределение законченных случаев госпитализации организаций здравоохранения пилотной зоны в ОДК

Ниже на фактических данных пилотной зоны представлены примеры и подходы управления качеством медицинской помощи на основе модели КЗГ, которые могут быть использованы как на уровне организации, так и при сравнении организаций между собой (внутренний и внешний бенчмаркинг).

В пределах полученного ОДК «Заболевания и состояния сердечно-сосудистой системы» на 2 месте в структуре сформированных КЗГ расположилась группа «Атеросклероз без осложнений/сопутствующих заболеваний». В данную группу включены случаи госпитализации пациентов с хронической патологией без осложнений/сопутствующих заболеваний, которые потенциально могут наблюдаться и проходить лечение в амбулаторных условиях с применением стационар-замещающих технологий (Рисунок 2).

Количество групп среди многопрофильных организаций пилотной зоны варьировало от 263 в УЗ "ГОДКБ" до 447 в УЗ "ГКБСМП г. Минска", в специализированных (ГОККЦ и ГОКПЦ) – 74 и 63 соответственно. Таким образом, формирование КЗГ напрямую связано с профилями оказания медицинской помощи и позволяет оценить структуру госпитализации как фактическую, так и в динамике – за равные временные периоды.



Рисунок 2. – Распределение КЗГ в ОДК «Заболевания и состояния сердечно-сосудистой системы»

Существенным аспектом анализа является оценка количества закодированных дополнительных диагнозов по МКБ-10, что дает представление о коморбидности пациентов и их потенциальном бремени. Согласно фактическим данным среди всех организаций пилотной зоны количество записей с дополнительными диагнозами составило 29% из общего числа, при этом наименьшая доля (до 20%) отмечена у УЗ «ГУК» и УЗ «10-я ГKB г. Минска», УЗ «ГКБСМП г. Гродно», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «ГОККЦ» более 50% – у УЗ «ГОКПЦ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ» (Рисунок 3).



Рисунок 3. – Процент кодирования дополнительных диагнозов по МКБ-10 в разрезе организаций здравоохранения пилотной зоны

В данное время эти отличия связаны с тем, что в Республике Беларусь не налажен учет дополнительных диагнозов по МКБ-10, так как статистический учет заболеваемости ведется по основному диагнозу, ввиду чего полнота кодировки относится к компетенции врачей-специалистов и до сих пор потребности в кодировании дополнительных диагнозов не существовало. Вместе с тем, в ряде организаций наблюдается прямая зависимость между качеством кодирования сопутствующих диагнозов и числом законченных случаев госпитализации в организациях здравоохранения пилотной зоны.

Не менее важным аспектом оценки полноты кодирования является кодирование записей с использованием кодов хирургических вмешательств справочника NCSP-B, который может использоваться для оценки хирургической активности в организации и структуры госпитализируемых пациентов в хирургические отделения. Среди всех организаций пилотной данный показатель составил 36% от общего числа записей, наименьшая доля (11%) отмечена в УЗ «Островецкая ЦРБ», около 50% и более в УЗ «ГУК», УЗ «ГОКПЦ», УЗ «ГОККЦ», УЗ «ГКБСМП г. Гродно» (Рисунок 4).

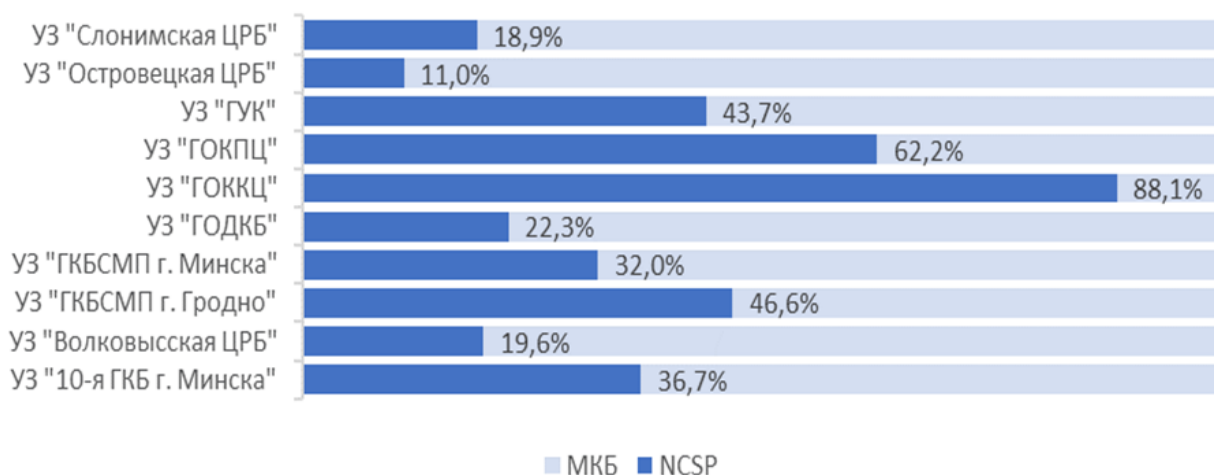


Рисунок 4. – Доля случаев с хирургическими вмешательствами (одним или несколькими кодами NCSP-B) в организациях здравоохранения пилотной зоны

Вместе с тем, в УЗ «10-я ГКБ г. Минская» во 2-ом полугодии 2019 г. доля записей с использованием кодов NCSP-B была больше (43,3%), чем в 1-ом полугодии 2020 г. (27,4%) (Рисунок 5). Данное явление объясняется тем, что в начале 2020 г. данная организация была перепрофилирована для приема пациентов с COVID-2019, тем самым уменьшилось число плановых госпитализаций для оказания хирургической помощи.

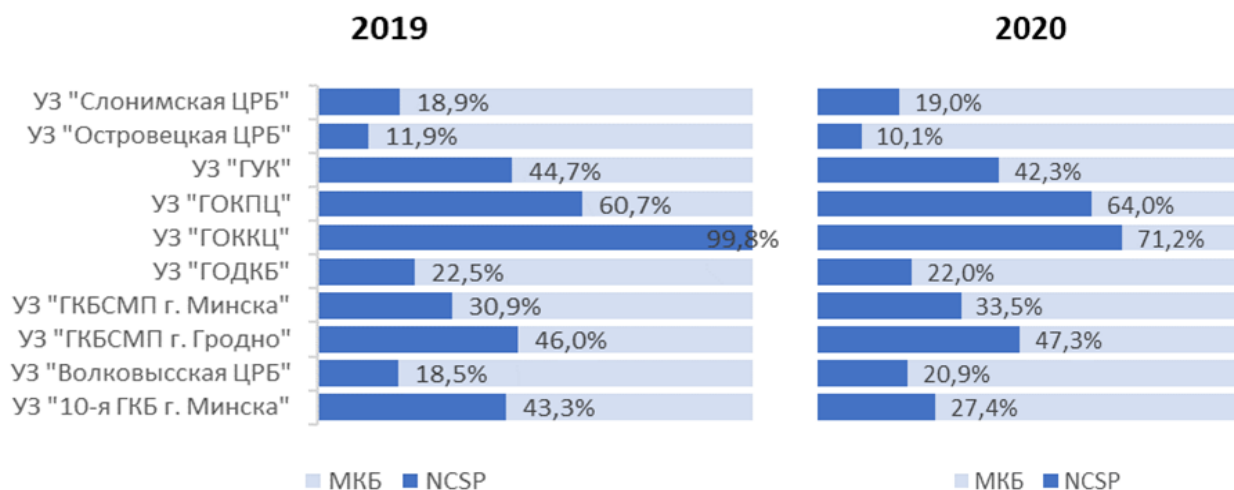


Рисунок 5. – Динамика случаев с хирургическими вмешательствами (одним или несколькими кодами NCSP-B) в организациях здравоохранения пилотной зоны

С точки зрения управленцев организаций на основе КЗГ можно получить универсальный инструмент, который позволяет оперативно проводить анализ деятельности своей организации (внутренний бенчмаркинг) с наглядной иллюстрацией привычных нам параметров, таких как: половозрастная структура госпитализации пациентов, средняя длительность лечения, структура исходов оказания медицинской помощи и др.

Благодаря стандартной методологии формирования групп модель КЗГ позволяет сопоставлять свои показатели с аналогичными в других организациях. К примеру, фактические данные по лапароскопической аппендэктомии позволяют проследить зависимость средней длительности случая от метода хирургического вмешательства (Рисунок 6). На рисунке 6 наглядно представлено, что применение лапароскопического подхода при аппендэктомии снижает длительность пребывания пациентов в стационаре. Так, 95% аппендэктомий (180 из 190 зарегистрированных) лапароскопическим подходом в организации 1 дают среднюю длительность пребывания в 4 дня, в противоположность – доля лапароскопических аппендэктомий 45 % (28 из 62) в организации 5 обуславливает одну из самых высоких средних длительностей пребывания среди организаций пилотной зоны в 9 дней.

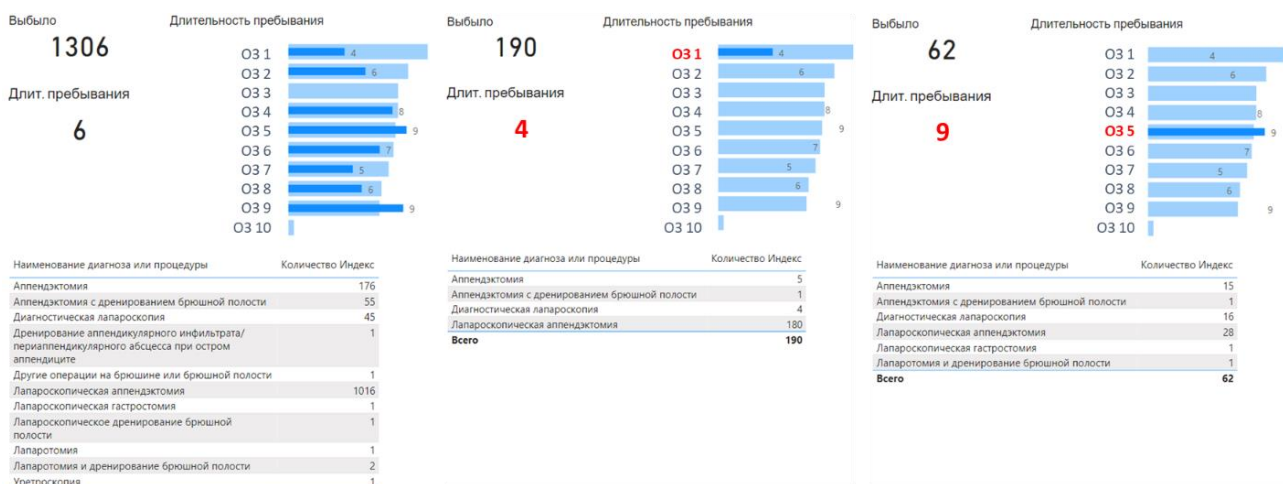


Рисунок 6. – Сравнение организаций здравоохранения на основе системы КЗГ по виду хирургического вмешательства (аппендэктомия)

Вышеизложенные примеры уже сейчас наглядно демонстрируют эффективность модели КЗГ как элемента управления качеством медицинской помощи. С учетом этого можно ожидать следующие эффекты внедрения и масштабирования системы КЗГ в Республике Беларусь:

- объективность получения информации по заболеваниям;
- снижение средней продолжительности пребывания пациентов на койке;
- улучшение стратификации пациентов для стационарного лечения;
- увеличение использования малоинвазивных и более технологичных вмешательств.

Список литературы

1. Ломакин А.Г. Современные тенденции управления качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова – 2009. – т.4, № 2. – стр. 102-109.
2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 24 декабря 2019 г. № 902 «О реализации пилотного проекта по внедрению клинико-затратных групп».
3. Kevin Quinn. After the Revolution: DRGs at Age 30 // History of Medicine – 18 March 2014. – Vol. 160, № 6. – P. 426-429.
4. Bredenkamp C. et al. // Transition to Diagnosis-Related Group Payments for Health: Lessons from Case Studies. – 2020. – Vol. 69. – P. 10.

ANALYSIS AND PROSPECTS OF APPLICATION OF TECHNOLOGIES AND HEALTH-SAVING CULTURE IN EDUCATION

Romanova M. M., Chernov A. V.

Voronezh State Medical University named after N.N.Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation, Voronezh, Russia

Resume. The current conditions of the global pandemic of the new coronavirus infection have affected and spread to literally all spheres of human life and society, including education. The article is devoted to the study, analysis and prospects of the use of health-saving technologies and the formation of a culture of saving in education. Further research in the field of health care and their practical implementation will contribute to the formation of a harmoniously developed and competent personality of the student, physical and spiritual health, progressive development, and improvement of the quality of education in our country.

Key words: education, health-saving technologies, health-saving culture

The current conditions of the global COVID-19 pandemic have affected and spread to literally all spheres of human life and society, including education. This, on the one hand, caused initially some certain difficulties in the organization of educational processes, on the other hand, contributed to the development of a wide introduction of new pedagogical technologies into the educational process. At the level of the Ministry of Education, extensive work was carried out to amend the current legislation, improve the methods of regulation and control of the educational process and the quality of education.

The conditions of the "online" regime in education raised a number of issues, identified a number of problems and gave a powerful impetus to the search and implementation of innovative approaches, technologies and methods of health care in the country's education. All of the above actualizes the need to analyze and determine the prospects for the application of innovations in the field of health care in the education system, including in the higher education system in the formation of a health-saving environment in modern universities.

The purpose of the study was to study the features, analyze and determine the prospects for the development of innovative approaches, technologies and methods of health care in the conditions of the COVID-19 pandemic.

Materials and methods. To achieve this goal, we applied: theoretical analysis and system synthesis of scientific and methodological literature, regulatory documents, statistical results of our own research, statistical data.

Results and their discussion. In the conditions of the pandemic of the new corona virus infection, education was carried out primarily with the use of distance

learning, with the use of Internet technologies. However, in addition to the advantages of the remote system, there are many disadvantages and problems of various nature, including psychological, pedagogical and humanitarian limitations. Apparently, in the future, the distance learning system will occupy a solid niche in the educational services market [1, 6].

One of the directions of research in the field of education, according to literature data, in the conditions of the COVID-19 pandemic was the study of the peculiarities of the influence of distance learning on the health and psychological states of participants in the educational process. At the same time, both positive and negative sides, advantages and disadvantages, consequences and prospects of distance learning, learning using Internet technologies were actively discussed [4].

Another area of research is related to the behavioral and physiological aspects of students, in particular, the state of health of schoolchildren and students who study remotely during the period of self-isolation. The following adverse effects of distance learning were noted: a longer duration of classes and a higher workload of homework, many hours of work with electronic resources, which negatively affects vision and physical load of the brain, due to workload, time for outdoor walks and other extracurricular activities was reduced [9].

Emotional shocks in conditions of self-isolation and distance learning affected the mental health of students: 83.8% had mental borderline disorders, 13.4% of schoolchildren adapted to these conditions. It was revealed that during the pandemic, proper medical, psychological and pedagogical support for children and parents was not provided [8]. This situation indicates the need for preventive protection measures in remote education and the development of an action program in such conditions in order to minimize the risk of health problems for all subjects of the educational process in conditions of self-isolation and distance learning.

Thus, it should be noted that when introducing information and communication resources into the process of distance education, many psychological and educational factors must be taken into account. In addition, when developing information and educational technologies of distance education, it is necessary to take into account regional, national, cultural characteristics, spiritual and moral values of the population of our state, as well as health-saving technologies [2, 10].

In this regard, the dynamic improvement of the principles of prevention and health care of the population, including participants in the educational process at all stages of domestic education, has also received its further development in the conditions of a pandemic of a new coronavirus infection.

In the literature on university health-saving technologies, a lot of attention is paid to the issue of their structure. Currently, the following main structure-forming

components are distinguished: axeological, epistemological, actually health-preserving (essentially sanitary-hygienic), emotional-volitional (psychological) and ecological.

At the same time, the axeological component manifests itself in students' awareness of the highest value of health, the conviction of the need to lead a healthy lifestyle. Students develop a conscious attitude to health based on positive self-preservation behavior. At the same time, it should be taken into account that "effective thinking of a person is the basis of his self-improvement, and knowledge of the peculiarities of human thinking allows us to give recommendations on his self-organization" [5].

The epistemological component is associated with the acquisition of the necessary knowledge and skills related to the interest in the issues of proper health, to the study of literature on this topic and various methods for improving and strengthening the body.

Actually, health-saving includes practically a system of hygienic values and attitudes, including physical culture and wellness activities, compliance with the daily routine, principles of healthy eating, alternation of work and rest, which contributes to the formation of a healthy lifestyle and disease prevention. The emotional-volitional component includes the manifestation of emotional and volitional psychological mechanisms that reinforce the desire to lead a healthy lifestyle, and the ecological component allows you to make an ecological component [3].

All of the above is of particular importance during the pandemic of a new coronavirus infection for the prevention of infection and the reduction of morbidity, since according to literary sources, "reducing the pathogenic effects of the conditions of the occurrence of an infectious disease essentially boils down to restoring the correct perception of reality, teaching the body to respond appropriately, preventing and eliminating persistent pathologic state, education of constructive emotional behavior, creating conditions for the transfer of pathological adaptation into physiological adaptation, strengthening weak links of the body, preventing the transition of pathology into irreversible dying" [7].

Conclusion. Thus, the conducted research and analysis should be taken into account when forming new health-saving concepts and technologies, preventive measures and educational work plans, when determining the methodology and organization of the pedagogical process in educational organizations of all levels of education in the country, including in higher educational institutions. Improving the quality of higher education is inextricably linked with the preservation of the health of all participants in the educational process in the context of the pandemic of the new coronavirus infection COVID-19 and should include the formation of a health-

saving culture, improvement and optimization of the health-saving environment in educational organizations.

Further research on the development and implementation of innovative approaches, technologies and methods of health care in education is certainly necessary and will contribute to increasing motivation to preserve health, form a healthy lifestyle, improve the quality of life, health status, reduce the incidence of new coronavirus infection and other diseases among participants the educational process on the one hand, on the other hand, will contribute to the formation of a harmoniously developed and competent personality of the student, physical and spiritual health, progressive development, improvement of the quality of education in our country.

Literature

1. Altbach F. J., Hans de Wit. Information technology in the context of COVID-19: a turning point? // International higher education. 2020. No. 103. pp. 6-8.
2. Higher education in Russia: history and modernity. Collective monograph / Responsible editor A. Y. Nagornova. Ulyanovsk. 2017. 453 p.
3. Ivakhnenko G. A. Health-saving technologies in Russian universities // Bulletin of the Institute of Sociology. 2012. No. 6. p. 100-112.
4. Klyagin A. V. The storm of the first weeks: how higher education stepped into the reality of the pandemic // Modern education analytics. 2020. No. 6 (36). pp. 89-97.
5. A constructive approach to the modernization of the system of physical education of the population of Russia / G.V. Bugaev et al. // Space of physical culture. 2020. pp. 41-46.
6. Krotenko T.Yu. Problems and possibilities of the electronic learning system // Bulletin of the University. 2020. No. 5. pp. 65-70.
7. On the importance of constructive physical culture and sanitization treatment in overcoming the pandemic caused by COVID-19 / Volkov V. K. et al. // Restorative medicine, sports medicine, physical therapy, balneology. 2020. No. 6. pp. 136-140.
8. Oborin M. S. The impact of the COVID-19 pandemic on the educational process // Service in Russia and abroad. 2020. Vol.14. No. 5. pp. 153-163.
9. Pililyan N. Yu. Analysis of the use of modern educational technologies in an educational institution operating in remote mode // Questions of pedagogy. 2020. No. 6-2. pp. 195-198.
10. Chernov A. V., Romanova M. M. Actual aspects of professional training of primary health care workers // Preventive medicine. 2021. Vol. 24. No. 5-2. pp. 88.

ON THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES TO THE PRESERVATION AND PROMOTION OF HEALTH IN MODERN CONDITIONS

Romanova M. M., Chernov A. V.

Voronezh State Medical University named after N.N.Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation, Voronezh, Russia

Resume. The emergence and spread of a new coronavirus infection on the planet and in our country has posed a number of health-related tasks, issues and problems for specialists. The article is devoted to research on the evaluation and analysis of theoretical and practical aspects of health-saving technologies in modern conditions. The results obtained allowed us to state the progressive improvement and development of conceptual aspects, practical innovative forms in the field of health-saving culture formation, new approaches to the preservation and promotion of health.

Key words: health, health-saving technologies, education

The emergence and spread of a new coronavirus infection across the planet and our country has set health professionals tasks related to the rapid diagnosis of infection caused by a new coronavirus, the provision of specialized medical care, rehabilitation and secondary prevention. Currently, information about the epidemiology, clinical features and treatment of this infection is being accumulated and discussed by specialists in real time. "Man, as the most biologically and socially developed being, must be prepared to protect his body from the virus that caused the pandemic," however, the difficult epidemiological situation throughout the world and in individual countries, "various variants of the course from asymptomatic to severe with fatal outcomes indicate that some people she lost her self-protective functions and lost the gene messages for their development." The process of accumulation of information on primary, secondary prevention and medical rehabilitation of this disease continues [6, 10]. Along with this process, there is a search for new approaches to the preservation and promotion of health, the formation of a culture of health-saving, health-saving technologies are being further developed [2].

The analysis of the literature data has shown that several traditional theoretical approaches to the classification of health-saving technologies are currently being implemented, attempts are being made to develop various models of their implementation, which are being implemented in practice.

The most significant and widespread is the classification, which distinguishes: 1) medical and hygienic technologies, 2) physical culture and wellness technologies),

3) environmental technologies, 4) life safety technologies, 5) health-preserving educational technologies (ZOT) [3]. The latter are divided into the following subgroups: organizational and pedagogical technologies), which determine the structure of the educational process, contribute to the prevention of fatigue, physical inactivity, etc.; psychological and pedagogical technologies related to direct work in physical education lessons. This also includes psychological and pedagogical support of all elements of the educational process; educational technologies include programs that teach students to take care of their health, lead a proper lifestyle, and give up bad habits. These technologies also provide for organizational and educational work [8].

In addition, a separate place is also occupied by socially-adapting and personality-developing technologies – this is the formation and strengthening of students' psychological health, increasing the resources of psychological adaptation of the individual (socio-psychological trainings, programs of social and family pedagogy) and therapeutic technologies constitute independent medical and pedagogical fields of knowledge: therapeutic pedagogy and therapeutic physical culture, the impact of which ensures the restoration of physical health of students [9].

It should be noted that the above classification, being generally generally accepted, like other classifications, is of a relative nature, since specific health-saving measures, having several structural components at once, can be simultaneously or in parallel attributed to several groups of technologies.

The analysis of programs for the formation of a health-preserving environment in higher educational institutions of the country has shown that there is no standard model of such an environment, while in the programs formed and adopted mainly in the last decade, in general, all components and technologies of health-saving are present.

At the same time, physical culture and health-improving technologies and life support technologies are the most common, educational and pedagogical activities prevail; attention is drawn to the insufficient inclusion, in our opinion, of personality-developing technologies, as well as axiological and emotional-volitional components in health-saving information technologies. At the same time, during the pandemic, self-isolation regimes and "online", in our opinion, the most popular and capable of having the most positive impact on the health of all participants in the educational process are medical-hygienic and health-saving technologies with such pronounced structural components as epistemological, health-saving and emotional-volitional [7].

In the conditions of hypokinesia and hypodynamia, in which we all found ourselves under the forced regime of "self-isolation", the role of physical education and sports in human life and in health care definitely increases. The conducted

review of the literature data revealed some innovative approaches in this direction. For example, in our opinion, the concept of constructive physical culture is of scientific and practical interest. The authors formulated that the methodological principles of constructive physical culture are: essential-emotional education and general homeostatic training. The following postulates and positions are defined: "essential-emotional nutrition is designed to foster correct perception of reality, effective thinking and constructive emotional behavior. It prevents the harmful effects of life's failures on the essence of a person." "General homeostatic training consists in the creation and support of basic physiological dominants that prevent and eliminate pathological dominants (stable pathological conditions) and strengthen the basic life support systems" [1].

When studying innovations in educational and pedagogical activities in health care, our attention was attracted by an interactive cycle of educational wellness talks-lectures using axiological, epistemological structural components, which at the same time had a physical culture and wellness character, as well as elements of socially adapting, therapeutic and personal-developing technologies. "Using the capabilities of digital technologies, to organize and conduct training of students on health education in conditions of self-isolation, to familiarize the scientific community with the structure and content of the proposed course of study" – this was the stated purpose of the study. The informative and informational material was prepared and posted on Internet resources, students were invited to familiarize themselves with the relevant material and evaluate the benefits of the acquired knowledge by means of a questionnaire [4].

"Personal responsibility for oneself, focus on self-perfection, acquisition of the skill of overcoming difficulties, rejection of aspirations for pleasure, awareness of the benefits of overcoming physical and moral trials (suffering), improvement of sensory perception, liberation and awakening of memory, training in successful thinking, rational use of life and emotional experience" includes, according to the authors, essentially- emotional education.

During the lecture-talk on general homeostatic training, the authors noted that "a vicious vegetative-behavioral stereotype (pathological dominant) is the cause of most diseases," and "a physiological (useful) dominant will create a situation in which impulses that previously caused pathology will contribute to a result beneficial to the body". The authors refer to the natural physiological dominants: sensitive, energy-saving, energy-saving, food and heat-producing. "The formation of these dominants trains the main life support systems, and therefore is considered by us as a general homeostatic training" [4].

The authors paid special attention and importance to relaxation methods, including neuromuscular relaxation, meditation, autogenic training, biofeedback and hypnosis. "These methods activate (develop) perception, improve information

contact, expand the sphere of superconsciousness – improve thinking. Relaxation techniques form a sensitive dominant." Relaxation "contributes to the readjustment of thinking to the development of missing adaptive programs, on the basis of which the body acquires new qualities."

The data obtained by us indicate the progressive improvement and development of conceptual aspects, practical innovative forms in the field of health-saving culture formation, the need for further improvement of scientific approaches and practical methods of health-saving technologies. It can also be stated that computer technologies and innovative software in the context of a pandemic have become important for the formation and implementation of health preservation programs, the formation of a health-saving culture among participants in the educational process [2].

We agree with the authors of the concept of constructive physical culture in the need for such an innovative approach to health care "to ensure the organization of the evolutionary cycle of man, which unites his three absolute values: constructive freedom, health and happiness" [5]. Indeed, it is "constructive freedom that creates the ability and provides the opportunity to improve." This requires "correct perception of reality, sufficient resources and effective thinking," and health is considered as "a process of improvement, which consists in the development of new adaptation programs and the creation of biological structures that perform them."

We express our confidence that there is a need to form a new attitude to health in society, not only and not so much as a static state of well-being, as a sum and complex of reserve opportunities, but as a process of continuous development with progressive renewal necessary for the evolution of the human personality as an individual and humanity as a whole. We believe that such an approach and the introduction of the principles of constructive physical culture will allow us to qualitatively influence the morbidity, mortality, and demographic situation in the country not only during the pandemic, but also in the near and distant future.

Summarizing the results of the study, it can be stated that in the conditions of a pandemic of a new coronavirus infection in our country, theoretical and practical approaches to the preservation and strengthening of public health are constantly and steadily improving, the sphere of health-saving culture formation, optimization and implementation of health-saving measures is expanding, among which the health-saving of youth is highlighted as the most important medico-social, demographic task, direction of state policy.

Literature

1. Bugaev G. V. Constructive approach to the modernization of the system of physical education of the population of Russia / G. V. Bugaev et al. // Space of physical culture. 2020. pp. 41-46.

2. Higher education in Russia: history and modernity / Editor-in-chief A.Y. Nagornova. Ulyanovsk, 2017. 453 p.
3. Health-saving technologies in professional pedagogical education: textbook / E. A. Garaeva; Orenburg: OSU, 2013. 175 p.
4. The course of health education of students in the conditions of the pandemic caused by COVID-19 / V. K. Volkov et al. // Physical culture and sport in the education system. 2020. No. 3.pp.43-46.
5. On the importance of constructive physical culture and sanogenetic treatment in overcoming the pandemic caused by COVID-19 / V.K. Volkov et al. // Restorative medicine, sports medicine, physical therapy, balneology. 2020. No. 6. pp.136-140.
6. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19): Temporary guidelines. M. 2020. [Electronic resource] URL: https://static.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/122/original/28042020_%D0%9CR_COVID-19_v6.pdf (Accessed: 03/29/2022)
7. Development of a modern university: new methods and technologies; monography. Collective monograph / Editor A.Y. Nagornova. Ulyanovsk, 2021. 479 p.
8. Romanova M. M., Zuikova A. A., Krasnorutskaya O. N. On the question of moral education of medical university students // Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region. 2016. No. 63. pp. 79-84.
9. Smirnov N. K. Health-saving technologies and psychological health. M.: Arkti. 2006. 179 p.
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395(10227): 912–920.

CURRENT ASPECTS OF HEALTH AND HEALTH SAVINGS

Romanova M. M., Chernov A. V.

Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia,
Voronezh, Russia

Resume. The article is devoted to the relevant aspects of the state of health and health care in the medical environment in the modern world. A study of the health of doctors of practical health care in the aspect of the psychological component and prospects of health care was conducted. The results obtained are indicative of changes in the affective sphere, the presence, severity and prevalence of emotional burnout among doctors and nurses. In modern conditions, it is necessary to improve and develop health-saving technologies, the formation of a culture of health care in medical education at all its levels.

Key words: health, health care, medical workers, education.

According to the definition of experts of the World Health Organization, health is a state of complete physical, mental, and social well-being. In today's literally daily changing world, the issues of preserving health and the potential possibilities of its savings are becoming increasingly important. But also in practical healthcare, the problems of the health of medical workers, the possibilities of an adequate response to moral, emotional, mental, ethical and deontological aspects of work in the context of overloads are being actualized [1, 6]. The factors that are dangerous for the health of physicians include such neuropsychiatric factors as intellectual and emotional stress, stress of attention and attention, the need to make a decision in an extreme situation and maintain high efficiency.

Currently, there is a contradiction between the increasing requirements for professional qualities and professional competencies of physicians due to the improvement of quality characteristics and requirements, the approval of professional standards for certain specialties and an increase in psychological and emotional stress and nervous overstrain in their daily professional activities [2, 5]. All of the above is actualized many times during the COVID-19 pandemic [9, 10].

The aim of the work was to study the health of medical practitioners of practical healthcare in the aspect of its psychological component and health-saving opportunities.

Methods and materials. 62 medical workers – doctors and nurses working in medical organizations – were included in the study under conditions of free selection. The average age was 47.2 ± 6.1 years. To achieve this goal, the following methods were used: clinical-psychopathological, experimental-psychological, psychodiagnostic research methods. To assess the characteristics of the psychoemotional personal sphere and psychological health, the Hamilton scale was used to assess anxiety, the Hamilton scale to assess depression. To assess the level of professional burnout, V. V. Boyko's questionnaire "Diagnostics of the level of emotional burnout" and the questionnaire "Professional burnout (for medical workers)" K. Maslach and S. Jackson in the version of N. E. Vodopyanova, E. S. Starchenkova were used. All participants of the study got acquainted with its goals and objectives, signed an informed consent for personal participation. The obtained data were processed statistically using "Statistica 10.0".

The results of the study. The analysis of the statistically processed results obtained was carried out both by general indicators and by average indicators of average grades in the selected groups (doctors and nurses) and subgroups (age categories, gender characteristics, professional experience). Signs of psychological affective changes were detected in 44 individuals (71%), the most pronounced were anxiety-melancholic and subdepressive types, among doctors and nurses in subgroups in the age category from 40 to 50 years, with work experience from 10 to

20 years and more than 20 years. Mainly subclinically expressed forms of anxiety and depressive disorders were observed.

Separate symptoms of professional burnout syndrome were observed in 52 (83.8%) of the examined persons. In the subgroup from 40 to 50 years, the stage of "depersonalization" prevailed, in others – the phase of "exhaustion". According to the structure of individual symptoms, the group of doctors was dominated by such as "psychosomatic and psychovegetative disorders", "expansion of the sphere of saving emotions", "experiencing traumatic circumstances", "dissatisfaction with oneself", "being trapped in a cage"; in the group of nurses, "emotional detachment", "personal detachment", "emotional deficit", "inadequate emotional moral response" were more often manifested.

According to the data from the questionnaire of K. Maslach and S. Jackson in the variant of N. Vodopyanova, E. Starchenkova, the average integral burnout indicator in the group of doctors corresponded to the average, and in the group of medical nurses – to a high degree of professional burnout. An extremely high degree of burnout on the scales of "emotional exhaustion" and "depersonalization/cynicism" was observed in a subgroup of medical nurses of the age category from 40 to 50 years with more than 20 years of experience and a subgroup of female doctors of the age category older than 50 years with more than 20 years of experience.

Correlation analysis revealed correlations, direct and inverse, of average intensity between separate average indicators of the state of the affective sphere and the syndrome of professional (emotional) burnout ($p < 0.05$).

The data obtained by us indicate that in modern conditions in domestic healthcare and medical education, the priority of issues of high stress tolerance, education of reliable moral and volitional qualities in medical workers, the formation of a culture of health saving, timely and effective identification, prevention and correction of negative aspects of the state of psychological health in the medical environment is increasing.

The results of the study to a certain extent agree with other studies [3], confirming the scientific purposefulness and practical significance of work in this area, including the need to optimize the psychological component, taking into account the need to foster a health-saving culture in the formation of professional competencies within the framework of educational standards of secondary and higher medical education [4, 8], as well as additional professional education programs at the stages of postgraduate additional professional education of doctors and nurses [7], improvement and development of health-saving technologies, preventive measures, early detection and correction of psychoemotional changes and health disorders among physicians, including rehabilitation measures.

In addition, in our opinion, a new attitude to health should be gradually formed in society; a new understanding of the essence of health is needed, which should be considered not only as a certain "state" or "complex of reserve capabilities of the body", but as a "progressive renewal" and a process of development. It is this attitude to health that will contribute to the progressive development and evolution of man and humanity as a whole, which is of particular importance in the conditions of the COVID-19 pandemic and the subsequent period, in the near and distant prospects.

Conclusion. Thus, changes in health in the context of the psychological component and emotional burnout are revealed both among doctors and nurses, mainly expressed in older age groups. Optimization, development and implementation of measures for health care, prevention and elimination of negative manifestations of the state of health of both future doctors and medical workers of practical healthcare will contribute to the preservation of health, improvement of the morbidity management system among employees of medical organizations, which will undoubtedly make a significant contribution to improving the quality and effectiveness of medical care to the population of our country.

Literature

1. Vodopyanova N. E., Starchenkova E. S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. M., 2016. 336 p.
2. Higher education in Russia: History and modernity / Ed. Nagornova A.Yu. Ulyanovsk: "Zebra". 2017. 453 p.
3. Mikov D. R. Features of the emotional burnout syndrome in medical workers of a multidisciplinary hospital / D.R. Mikov [et al.] // Bulletin of the Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology. 2018. Issue 1. pp. 88-97.
4. On the problems of adaptation of students / M.M. Romanova [et al.] // Applied information aspects of medicine. 2016. Vol. 19. No. 1. pp. 99-103.
5. Evaluation of some features of the results of medical examination of the population in the primary health care of the region / M.M. Romanova [et al.] // Successes of modern natural science. 2014. No. 5-2. pp. 41-45.
6. Professional training of subjects of the educational process in a modern university. / Ed. Nagornova A.Yu. Ulyanovsk: "Zebra". 2020. 294 p
7. Development of a modern university: new methods and technologies; monograph. Collective monograph / Editor A.Y. Nagorny-va. Ulyanovsk: "Zebra". 2021. 479 p.
8. Romanova M. M., Zuikova A. A., Krasnorutskaya O. N. To the question of moral education of medical university students // Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region. 2016. No. 63. pp. 79-84.
9. Chernov A. V., Romanova M. M. Actual aspects of professional training of primary health care workers // Preventive medicine. 2021. Vol. 24. No. 5-2. p. 88.
10. Shigemura J., Ursano R. J., Morganstein J. C., Kurosawa M., Benedek D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020; (February).

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Романова Т. Е.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Нижний Новгород, Россия

Резюме. Вопросы профессиональной готовности молодых специалистов к самостоятельной работе в практическом здравоохранении и разработки инструментов адаптации молодых врачей вызывают значительный интерес среди организаторов здравоохранения. Целью нашей работы явилось изучение мнения студентов старших курсов о необходимости официально закрепленного наставника в первый год работы после окончания медицинского университета. Результаты показали, что студенты рассматривают наставничество как эффективный инструмент, который должен помочь им адаптироваться к практической работе с пациентами и коллегами.

Ключевые слова: управление персоналом медицинских организаций, профессиональная адаптация.

MENTORING AS A TOOL FOR PREPARING MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS FOR INDEPENDENT WORK IN PRACTICAL HEALTHCARE

Romanova T. E.

Privolzhsky Research Medical University,
Nizhny Novgorod, Russia

Resume. The issues of professional readiness of young specialists for independent work in practical healthcare and the development of adaptation tools for young doctors are of considerable interest among health care organizers. The purpose of our work was to study the opinion of senior students about the need for an officially fixed mentor in the first year of work after graduation from medical university. The results showed that students consider mentoring as an effective tool that should help them adapt to practical work with patients and colleagues.

Key words: personnel management of medical organizations, professional adaptation.

Администрации медицинских организаций традиционно приходится уделять внимание профессиональной адаптации молодых врачей в первые годы работы [1-4]. Значительные изменения, произошедшие в системе медицинского образования России в последние годы, связанные с переходом на систему аккредитации и отказа от института интернатуры, остро поставили вопрос о профессиональной готовности молодых специалистов к самостоятельной работе и их адаптации в медицинской организации[5].

По данным опроса главных врачей медицинских учреждений Нижегородской области[6], работодатели в целом довольны уровнем подготовки выпускников, однако 47% считают, что необходимо повысить уровень практической подготовки, 20% – уровень теоретических знаний, 11% – навыки производственной дисциплины выпускников, 15% -повысить навыки саморазвития и самообразования. Наставничество, включающее в себя процессы обучения, адаптации и сопровождения молодых специалистов в коллективе, рассматривается как эффективный инструмент для восполнения данных пробелов образования и приобщения к корпоративной культуре [1]. В настоящее время выделяют различные формы (формальные, неформальные) и модели взаимодействия, складывающиеся между молодым специалистом и наставником: менторство, коучинг, консультирование, фасилитация, баддинг, шедоуинги [7]. Так как нормативно-правовые документы, регулирующие наставничество, на федеральном уровне отсутствуют, этот институт носит зачастую инициативный характер и подходы к его регламентации в медицинских организациях различны [3].

Целью нашей работы было изучение мнения студентов старших курсов о необходимости официально закрепленного наставника в первый год работы после окончания ВУЗа.

Материалы и методы. Исследование проводилось по авторским анкетам, в опросе приняло участие 44 студента выпускных курсов, обучающихся по целевому направлению от одного работодателя.

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство опрошенных не имеют полной уверенности в своих практических и теоретических знаниях и хотели бы иметь официально прикрепленного к ним наставника (79,5%). 68,2% выпускников ждут от наставника помощь в работе с пациентами, 38,6% помощи в адаптации в коллективе.

Однако каждый пятый выпускник (20,5%) считает, что наставник ему не нужен, так как в коллективе и так все друг другу должны помогать, а имеющийся уровень знаний и умений, полученный в университете, позволяет работать самостоятельно. Соответственно, эта часть студентов требует особого подхода и более нацелены на неформальные формы адаптации и обучения в коллективе.

С учетом ожиданий студентов в отношении работы с наставником, нам было интересно узнать, кто, по их мнению, может наиболее точно оценить уровень их практической подготовки. Были предложены варианты: «преподаватели», «заведующий отделением», «врачи, непосредственно работающие рядом», «пациенты», а также предложен открытый вариант ответа. Подавляющее большинство выбрали варианты «заведующий отделением» и «врачи, непосредственно работающие рядом». И только 16% опрошенных ориентированы на мнение пациентов. То есть, несмотря на запросы общества на приоритетность интересов пациента при получении медицинской помощи, выпускники не рассматривают пациента как субъект, который должен и может давать оценку работе врача, а соответственно и не готовы выстраивать равноправную, кооперативную модель взаимоотношений «врач-пациент».

Таким образом, результаты нашего исследования еще раз подчеркивают необходимость создания в современных условиях программ профессиональной адаптации врачей, начинающих работать в медицинских организациях после окончания высших учебных заведений.

Список литературы

1. Бурдастова Ю. В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? Народонаселение. 2020. Т. 23. № 1. С. 148-154. DOI: 10.19181/population.2020.23.1.12
2. Емельянова Е. В. Наставничество как метод решения проблемы адаптации молодого специалиста медицинского учреждения. Вестник науки и образования. 2018. № 11 (47).
3. Романов С. В., Родина А. А., Абаева О. П. Обоснование необходимости создания системы мониторинга подготовки студентов, обучающихся по целевому направлению как составляющей кадрового планирования медицинской организации системы ФМБА России. Медицина экстремальных ситуаций. 2018. Т. 20. № 2. С. 166-171.
4. Хазов М. В., Романов С. В., Абаева О. П., Мурыгина М. М. Значение аспектов социальной структуры врачебных кадров в управлении персоналом многопрофильной государственной медицинской организации. Общественное здоровье и здравоохранение. 2015. № 1 (45). С. 61-66.
5. Кузнецова О. В., Самойлов А. С., Романов С. В., Абаева О. П. От сертификации к аккредитации: история развития отечественного медицинского образования и перспективы перехода к системе НМО. Медицина экстремальных ситуаций. 2018. Т. 20. № 4. С. 551-558.
6. ПИМУ, 2020. Размещено на сайте <https://pimunn.ru/>
7. Шестак Н. В., Крутий И. А. Наставничество в аспекте непрерывного профессионального развития врача. Педагогика профессионального медицинского образования. 2019. № 2. С 6-24

САМОЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Романова И. С., Сачек М. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь

Резюме. Лечение экстрагенитальной патологии у женщин в период беременности и кормления грудью представляет собой сложную задачу для врачей всех специальностей. В то же время, как показывают результаты анкетирования, женщины сами являются активными потребителями лекарств и парафармацевтической продукции, т. е. принимают решение о самолечении.

Ключевые слова: беременность, кормление грудью, фармакотерапия, безопасность

SELF-TREATMENT DURING PREGNANCY: PROBLEM ISSUES

Romanova I. S., Sachek M. M.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Summary. Treatment of extragenital pathology in women during pregnancy and lactation is a difficult task for doctors of all specialties. At the same time, as the results of the survey show, women themselves are active consumers of medicines and parapharmaceutical products; decide to self-medicate.

Key words: pregnancy, breastfeeding, pharmacotherapy, safety

Самолечение, предполагающее самостоятельный выбор тактики борьбы с нарушениями здоровья без обращения к специалистам, широко распространено. [2, 4] Недостаток знаний населения в вопросах своего здоровья может приводить к неадекватному выбору способов и средств для устранения симптомов недомогания, спровоцировать непредсказуемые последствия. Широкое освещение и обсуждение в средствах массовой информации наиболее распространенных нозологий и способов лечения делает возможным процесс самолечения, что подкрепляется внушительным списком безрецептурных лекарственных препаратов и парафармацевтических продуктов, доступных на фармацевтическом рынке Республики Беларусь [3]. Особое внимание специалистов должно быть к так называемых уязвимых

группам населения, к которым можно отнести женщин в период беременности и детей, находящихся на грудном вскармливании.

На основании результатов анкетирования беременных женщин в рамках фармакоэпидемиологического исследования, проведенного в Республике Беларусь, было установлено, что самолечение имеет место у четверти опрошенных [1]. 357 (25,2%) женщин самостоятельно принимают препараты без консультации врача [1]. Средний возраст беременных женщин составил $26,7 \pm 5,1$ лет, срок беременности $27,7 \pm 9,3$ недель (от 3 до 41 недели). У 51% женщин – первая беременность, у 29% – вторая, у 11,6% – третья, у остальных – четвертая и более (8,4%). Среди имеющихся хронических заболеваний наиболее часто отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта (26,3% опрошенных беременных женщин), заболевания почек и органов малого таза (23,3%), заболевания органов дыхания (21,8%).

Самостоятельно, без назначения врача витамины принимают 66,6% беременных, минеральные добавки (в основном препараты кальция) – 17,4% беременных, препараты йода – 16% и препараты железа – 5,3% женщин, что с учетом уже назначенных врачами идентичных препаратов заставляет задуматься о возможной передозировке. Настораживает сам по себе факт самостоятельного применения БАДов – 11,6% и лекарственных трав – 7,4% (безопасность и эффективность которых либо плохо изучены, либо не изучены вовсе). 135 (37,8%) женщин принимают препараты по своему решению, 103 (28,8%) по совету работника аптеки, 79 (22,1%) женщин по совету родственников, друзей. Рекламу на телевидении, в прессе отметили 14 (3,9%), другое указали 56 (15,7%) беременных.

Безусловно, к самолечению могут приводить определенные факторы, такие как повышение образовательного уровня женщин, доступность медицинской информации, расширение ассортимента в аптеках и др. С одной стороны, женщина экономит время и средства, с другой стороны существенно возрастает опасность (как для самой женщины, так и для ребенка) несвоевременного обращения к врачу и, как следствие, – высок риск осложнения заболеваний; высокий риск развития побочных эффектов в результате неправильного применения лекарств. В этой связи крайне важным представляется адресное доведение информации непосредственно до целевых групп с учетом их медицинских рисков, возрастной, социальной специфики и оптимальных для них каналов и форматов получения информации. Необходимо проводить образовательную работу с беременными женщинами и контролировать прием всех ЛП, включая растительные средства, поливитамины и БАД. Существует необходимость упорядочивания ситуации в сфере самолечения, максимально используя методы таргетирования социальных групп и повышения медицинской грамотности населения.

Самолечение никуда не исчезнет, но его качество, при отсутствии адекватных информационно-образовательных технологий, останется на уровне, не позволяющем сохранить и укрепить здоровье нации.

Список литературы

1. Беременность и лекарственные средства. Фармакоэпидемиологическое исследование. Романова И. С., Гавриленко Л. Н., Кожанова И. Н., Сачек М. М. // Здоровоохранение. – 2013. – №11. – С.28-33.
2. Дмитриев М. Э., Зимоха А. Ю., Попович Л. Д. Возможности реализации концепции ответственного самолечения в России. //Финансы и бизнес. – Т.17, №1. – 2021. – С.94-104.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 января 2021 г. № 5 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2019 г. № 27»
4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2020 г. № 86 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. № 120»

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ, О МЕТОДАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Салмина А. В., Бойко С. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Резюме. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) на современном этапе развития общества помогают решать проблему бесплодия многим супружеским парам. Ежегодно в Беларуси с помощью ВРТ рождается около 2 тыс. детей. Результативность одного из самых распространенных методов ВРТ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) составляет более чем 40,8% (1805 беременностей из 4 420 завершенных циклов) [2].

Ключевые слова: бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, супружеская пара.

AWARENESS OF INFERTILITY COUPLES ABOUT ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Salmina A. V., Boyko S. L.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Summary. Assisted reproductive technologies (ART) at the present stage of development of society help to solve the problem of infertility for many couples. About 2 thousand children are born every year in Belarus with the help of ART. The effectiveness of one of the most common methods of ART in vitro fertilization (IVF) is more than 40.8% (1805 pregnancies out of 4420 completed cycles) [2].

Key words: infertility, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, married couple.

Актуальность. По данным Белстата за минувший 2021 год численность населения сократилась на 94 121 человек. Среднее количество рожденных детей на одну женщину в Беларуси равно 1.38 [1]. Учитывая, что данный показатель ниже 2.1, то можно сделать вывод: население не будет воспроизводиться в прежнем количестве. Стабильное снижение количества женщин репродуктивного возраста, повышение возраста материнства (сокращение репродуктивного периода), рост гинекологической заболеваемости, мужского и женского бесплодия являются определяющими факторами, которые способствуют ухудшению демографической ситуации в стране. Для решения проблемы депопуляции необходимо задействовать все резервы воспроизводства населения. В нашей стране на государственном уровне приняты ряд документов для законодательного обеспечения ВРТ, основными являются: Конституция Республики Беларусь, Закон Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях» от 7 января 2012 г. № 341-З, Законодательством Беларуси признается право граждан на проведение трех видов ВРТ: экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и искусственная инсеминация (ИИ). ВТР получили хороший стимул для развития в Республике Беларусь после принятия решения о выделении средств на проведение ЭКО за счет средств республиканского бюджета. Однако довольно значительная поддержка рождаемости в финансовом выражении не решает вопроса осведомленности о вспомогательных репродуктивных технологиях среди населения, а в первую очередь среди супружеских пар, страдающих бесплодием.

Цель. Оценить осведомленность о методах ВРТ у супружеских пар, страдающих бесплодием.

Материал и методы. Для решения задач была создана авторская анкета с последующей экспертной оценкой, получена положительная рецензия на анкету от ученых-социологов. Выборка составила 200 человек. Из них 102 женщины, страдающие бесплодием (и 98 мужчин, мужья женщин первой выборки), которые обратились за медицинской помощью в учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в течение 2022 года.

Результаты. Анализ выборки опрошенных показал, что в 34% случаев (68 субъектов) респонденты были полностью информированы о ВРТ, 129 субъектов (64,5%, $p < 0,05$) полагают, что информированы в общих чертах, и только 1,5%, $p < 0,05$ ответили, что не информированы, либо затрудняются ответить. Также было изучено мнение групп о видах ВРТ, разрешенных на территории Республики Беларусь

Из двух ста опрошенных, относительно регламентации применения экстракорпорального оплодотворения, на территории Республики Беларусь, 179 субъектов (89,5%) уверенно считают, что оно разрешено, 3 субъекта (1,5%, $p < 0,05$) полагают, что оно запрещено, а 18 субъектов (9%, $p < 0,05$) затрудняются ответить. Более половины респондентов, 129 субъектов (64,5%), считают, применение искусственной инсеминации на территории Республики Беларусь разрешено, 6 субъектов (3%, $p < 0,05$) полагают, что оно запрещено, а 65 субъектов (32,5%, $p < 0,05$) затрудняются ответить. По вопросу разрешения применения интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИКСИ), на территории Республики Беларусь результаты распределились следующим образом: 91 субъекта (45,5%) считают, что оно разрешено, 9 субъектов (4,5%, $p < 0,05$) полагают, что оно запрещено, а 100 субъектов (50%, $p < 0,05$) затрудняются ответить. Интересные результаты получены насчет регламентации применения суррогатного материнства, на территории Республики Беларусь: 80 субъектов (40%) считают, что оно разрешено, 44 субъекта (22%, $p < 0,05$) полагают, что оно запрещено, а 76 субъектов (38%, $p < 0,05$) затрудняются ответить.

Выводы. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что только 34% опрошенных полностью уверены в своей осведомленности о ВРТ. Большинство респондентов (89,5%) достаточно информированы об экстракорпоральном оплодотворении и об искусственной инсеминации (64,5%). У 38% опрошенных вызвали трудности вопросы о суррогатном материнстве у 50% – о методе ИКСИ.

Список литературы

1. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2021 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by>. – Дата доступа: 02.04.2022.

2. Салмина, А. В. Об актуальных направлениях социологических исследований внедрения вспомогательных репродуктивных технологий в Беларуси / А. В. Салмина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – Том 19, № 4. – С.451-456.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

Сачек М. М.¹, Семёнов А. В.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,

²Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Минск, Республика Беларусь

Резюме. Усовершенствована методика применения формульного инструментария основных показателей использования больничных коек, позволяющая на основе адаптированных формул рассчитать планово-прогнозные показатели их использования. Предлагаемая методика является эффективным и простым инструментом планирования и оценки эффективности использования коечного фонда больничных организаций.

Ключевые слова: больничная койка, коечный фонд, показатели использования коечного фонда, планирование коечного фонда, мониторинг коечного фонда

INCREASING THE EFFICIENCY OF THE USE OF BEDS

Sachek M. M.¹, Semenov A. V.²

¹Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

²Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Republic of Belarus

Abstract. The methodology for applying the formulary toolkit of the main indicators of the use of hospital beds has been improved, which makes it possible, on the basis of adapted formulas, to calculate the planned and forecast indicators of their use. The proposed methodology is an effective and simple tool for planning and evaluating the effectiveness of the use of hospital beds.

Key words: hospital bed; bed capacity; hospital; indicators of hospital beds use; planning of bed capacity; monitoring of bed capacity.

Уровень обеспеченности населения больничными койками в Республике Беларусь значительно превышает уровни в странах Европейского Союза, а также в странах постсоветского пространства. А уровень госпитализации является самым высоким в европейском регионе [3, 6].

Особую актуальность приобретают вопросы рационального использования коечного фонда, так как простой больничных коек приводит к значительным экономическим потерям [1, 9].

Важную роль, в связи с этим, играют методики определения потребности населения в больничных койках и методики расчёта показателей их использования. Необходимое число больничных коек может быть рассчитано с учётом дифференцированных нормативов потребности населения в больничных койках; нормативного уровня госпитализации населения и нормативных показателей использования больничных коек; фактического числа пролеченных пациентов и нормативного показателя оборота койки; фактического числа проведённых койко-дней и нормативного показателя среднегодовой занятости койки и др. [1, 2, 4, 7-8].

Большинство из известных методик основано на применении нормативов потребности населения в больничных койках и нормативных показателей их использования. [7, 9, 10].

Планирование и оценка эффективности функционирования коечного фонда больничных организаций проводится на основании показателей его использования [5, 7]. Процесс формирования показателей, формул расчёта и их практического применения проходил на протяжении длительного времени [7].

Основные показатели использования коечного фонда могут быть плановыми и фактическими [1,5].

Оценка эффективности использования больничных коек предусматривает проведение сравнительного анализа фактических показателей с плановыми показателями анализируемого периода или фактическими показателями за предшествующий период. Результаты анализа оцениваются по величине отклонения значений фактических показателей от плановых показателей анализируемого периода или фактических показателей за предшествующий период. Оценка эффективности использования коечного фонда позволяет обеспечить рациональное управление и планирование деятельности организаций и улучшить медицинскую, социальную и экономическую эффективность функционирования коек [1, 5].

С целью эффективного управления коечным фондом больничных организаций и объективной оценки его использования была усовершенствована методика применения формульного инструментария основных показателей использования больничных коек, позволяющая на основе адаптированных формул рассчитать планово-прогнозные показатели их использования.

В адаптированных формулах, используемых для расчёта планово-прогнозных показателей, переменные были обозначены индексом «пп» (планово-прогнозный). Последовательное применение формул позволяет рассчитать показатель пропускной способности больничных коек, планово-прогнозное число коек, а также их избыток или недостаток. Методика может применяться для мониторинга использования коечного фонда, оценки эффективности его функционирования и последующего принятия управленческого решения по его реструктуризации.

Таблица 1. – Методика расчёта планово-прогнозных показателей использования коечного фонда

Наименование показателей	Формулы	Обозначения переменных
Планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки	$D_{пп} = 365 - F \times t_n$	Дпп – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, день; F – фактический оборот больничной койки, единица; t _n – среднее время простоя больничной койки по прочим обстоятельствам (без учёта простоя из-за ремонта и свёртывания по другим причинам), день
Планово-прогнозный оборот больничной койки	$F_{пп} = \frac{D_{пп}}{T}$	Fпп – планово-прогнозный оборот больничной койки, единица; Дпп – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, день; T – фактическая средняя длительность пребывания пациента на больничной койке, день
Пропускная способность больничных коек	$\Pi = \frac{P_{\phi}}{K \times D_{пп}} \times 100$	П – пропускная способность больничных коек, %; P _ф – фактическое число койко-дней, проведённых всеми пациентами, койко-день; K – фактическое число среднегодовых больничных коек; Дпп – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, день
Планово-прогнозное число больничных коек	$K_{пп} = \frac{P_{\phi}}{D_{пп}}$	Kпп – планово-прогнозное число больничных коек; P _ф – фактическое число койко-дней, проведённых всеми пациентами, койко-день; Дпп – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, день
Избыток/недостаток больничных коек	$K_{и/н} = K - K_{пп}$	K _{и/н} – избыток/недостаток больничных коек; K – фактическое число среднегодовых больничных коек; Kпп – планово-прогнозное число больничных коек

Оценку эффективности использования коечного фонда при проведении сравнительного анализа планово-прогнозных и фактических показателей целесообразно давать, ориентируясь на критерии, представленные в таблице 2. Необходимо обратить внимание на то, что показатель пропускной

способности больничных коек в оптимальном случае составляет 100%, если он менее 100%, то коечный фонд недогружен, если более 100%, то перегружен.

Таблица 2. – Оценка плано-прогнозных показателей использования коечного фонда

Наименование показателей	Значение	Оценка
Плано-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки (Дпп)	> или < фактической среднегодовой занятости больничной койки	Неэффективно
	= фактической среднегодовой занятости больничной койки	Эффективно
Плано-прогнозный оборот больничной койки (Фпп)	> или < фактического оборота больничной койки	Неэффективно
	= фактическому обороту больничной койки	Эффективно
Плано-прогнозное число больничных коек (Кп/п)	> или < фактического среднегодового числа больничных коек	Неэффективно
	= фактическому среднегодовому числу больничных коек	Эффективно
Пропускная способность больничных коек (П)	<100%	Неэффективно (избыток больничных коек)
	=100%	Эффективно
	>100%	Неэффективно (недостаток больничных коек)
Избыток/недостаток больничных коек (Ки/н)	–	Неэффективно (недостаток больничных коек)
	+	Неэффективно (избыток больничных коек)

Предлагаемая методика расчёта плано-прогнозных показателей коечного фонда является эффективным и простым инструментом планирования и оценки эффективности использования коечного фонда больничных организаций.

Мониторинг использования коечного фонда – необходимое условие эффективного управления ресурсами больничных организаций.

Список литературы

1. Вальчук, Э. А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. – Минск: Харвест, 2007. – 398 с.
2. Гехт, И. А. О некоторых проблемах определения потребности в больничных койках (по материалам Самарской области) / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 45-51.
3. Ермак, Д. Стационарный уклон / Д. Ермак // Финансы, учёт, аудит. – 2019. – № 11. – С. 13-17.
4. Кравченко, Н. А. Планирование стационарной медицинской помощи и эффективность использования коечного фонда: учеб. пособие / Н. А. Кравченко, Е. А. Логинова. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 47 с.
5. Методология оценки эффективности использования коечного фонда медицинских организаций / И. А. Железнякова [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 37–43.
6. Оптимизация стационарной помощи с учётом европейского опыта / А. М. Вязьмин [и др.] // Здравоохранение. – 2018. – № 4. – С. 22–27.
7. Попов, Г. А. Вопросы теории и методики планирования здравоохранения / Г. А. Попов. – М.: [б. и.], 1967. – 368 с.
8. Пустовой, И. В. Планирование стационарной помощи населению: лекция / И. В. Пустовой, Н. А. Кравченко, Е. А. Логинова. – М.: [б. и.], 1983. – 39 с.
9. Реформа больниц в новой Европе [Электронный ресурс] / под ред. М. Макки, Дж. Хили. – [Б. м.]: Весь Мир, 2003. – 340 с. – Режим доступа: <http://docplayer.ru/28326369-Reforma-bolnic-v-novoy-evrope.html>. – Дата доступа: 30.06.2017.
10. Стационарная медицинская помощь: (основы орг.) / А. Г. Сафонов [и др.]; под ред. А. Г. Сафонова, Е. А. Логиновой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 352 с.

ИННОВАЦИИ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ: ШКОЛА ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сачек М. М., Щавелева М. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь

Резюме. Представлен опыт работы школы организатора здравоохранения. Обсуждаемая образовательная активность функционирует на платформе Белорусской медицинской академии последипломного образования в режиме онлайн. Авторами представленный формат работы рассматривается как инновационная форма непрерывного профессионального развития руководителей организаций здравоохранения.

Ключевые слова: непрерывное профессиональное развитие; школа организатора здравоохранения; руководитель организации

INNOVATION FOR CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT: HEALTH ORGANIZER SCHOOL

Sachek M., Schaveleva M.

State Educational Establishment "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education",
Minsk, Belarus

Abstract. The work experience of the health care organizer school is presented. The discussed educational activity operates on the platform of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education online. The presented format of work is considered by the authors as an innovative form of continuous professional development of heads of healthcare organizations.

Key words: continuous professional development; health organizer school; Head of the organization

Основная задача функционирования системы здравоохранения – повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению, которые в значительной степени определяются квалифицированными кадрами, обладающими соответствующими знаниями и навыками. Непрерывное повышение профессиональных знаний и умений – залог устойчивости и успешного развития не только отдельной организации здравоохранения, но и отрасли здравоохранения в целом. Особое место занимает подготовка руководителей организаций здравоохранения. Сегодня руководитель – это, не только креативно и рационально мыслящий, широко образованный лидер, обладающий необходимыми профессиональными качествами, инициативой, но и специалист, способный к адекватному ответу вызовам здравоохранения [1].

Работу руководителя учреждения здравоохранения ежедневно изучают, анализируют, подвергают критике тысячи людей, следовательно она требует высоких профессиональных навыков и не только в области медицины, но и психологии, управлении, экономики, финансов и т. д. [4]. При этом следует учитывать, что реализация профессионального развития кадров лежит через его непрерывное профессиональное обучение.

Подготовка руководящих кадров организаций системы Министерства здравоохранения и ведомственных медицинских служб проводится в основном на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» в соответствии с утвержденным планом по повышению квалификации и переподготовки. Объем времени профессиональной подготовки руководителя должен составлять не

менее 160 часов на протяжении пяти лет. Это может быть реализовано через обучение на курсах повышения квалификации (80 часов два раза в течение пять лет) или переподготовку. Не исключается получение знаний через посещение конференций различного уровня, семинаров и т.д. [3].

Вместе с тем в отрасли здравоохранения постоянно происходят преобразования, направленные в первую очередь на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, развития иных направлений деятельности и требующие в свою очередь совершенствования законодательства. Зачастую за пятилетний период происходят существенные изменения, требующие адекватного реагирования руководителей на местах, внедрения и исполнения соответствующих документов. Так, изменения в Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», внесенные Законом Республики Беларусь от 11 декабря 2020 г. № 94-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи» носили комплексный характер и потребовали существенного пересмотра действующих и принятия новых подзаконных нормативных правовых актов. Это затронуло оценку качества медицинской помощи, медицинские экспертизы, медицинскую аккредитацию, развитие электронного здравоохранения, занятие должностей и профессиональную аттестацию медицинских, фармацевтических работников [2].

Отвечая требованиям сегодняшнего дня, понимая и принимая необходимость своевременного повышения знаний руководителей учреждений здравоохранения, их заместителей и иных заинтересованных лиц кафедра общественного здоровья и здравоохранения на платформе belmaro.by организовала работу школы организатора здравоохранения (ШОЗ). В настоящее время ее функционирование доступно бесплатно для организаторов здравоохранения г. Минска и Минской области. Для участия в работе ШОЗ необходимо пройти регистрацию на платформе ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Занятия в школе проводятся ежемесячно в режиме онлайн. К каждому заседанию на платформе можно найти основные материалы (нормативно-правовые акты) и программу вебинара. Темы, рассматриваемые на ШОЗ, обозначены непосредственно руководителями учреждений здравоохранения. Среди них вопросы трудового законодательства, профессиональной аттестации медицинских кадров, медицинские информационные системы организаций здравоохранения, медицинская аккредитация и др. Модератором выступает заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. В работе школы принимают участие ведущие специалисты не только Министерства здравоохранения, но и других отраслей и ведомств (Министерства образования, Верховного суда и т. д.). На каждом заседании слушатели имеют

возможность задать вопросы непосредственно лектору, а также оценить как представленные материалы, так и техническое сопровождение вебинара. Реализована возможность присылать на электронную почту ШОЗ (sch_org@belmaro.by) вопросы, требующие разъяснения, пожелания по организации последующих вебинаров. Школа проводится в рабочее время руководителя, продолжительность до двух часов. Все зарегистрированные в школе пользователи имеют возможность просмотреть запись заседания на youtube канале. Практика показывает, что просмотров значительно больше, чем слушателей в режиме онлайн (в соотношении от 1:3 до 1:6), что свидетельствует о востребованности информации и, реализованной кафедрой, форме образовательной активности. Дистанционная подача материала несомненно имеет преимущества: руководитель находится в учреждении и может при необходимости решать срочные рабочие вопросы; не тратит время на дорогу; доступен просмотр материалов в удобном для пользователя месте и в приемлемое время; имеется возможность знакомить с информацией сотрудников, непосредственно курирующих рассматриваемые вопросы (кадровую службу, специалистов в области информационных технологий и т. д.).

Школу организатора здравоохранения можно рассматривать, как направление индивидуального профессионального развития руководителя, которое предполагает самонаправленное обучение, контроль за которым осуществляет сам обучаемый.

Современное медицинское образование должно быть непрерывным и базироваться на современных технологиях, соответствовать нуждам здравоохранения и отвечать его запросам, быть адаптивным и активным (т. е. должен быть сделан акцент на активность, самостоятельность обучающихся, способность адаптироваться к меняющимся условиям).

Переход от эпизодического повышения квалификации руководителя к непрерывному профессиональному развитию требует индивидуальной мотивации совершенствования профессионального квалификационного уровня руководителя, способности самооценки, самоанализа, самосознания. Школа организатора здравоохранения может рассматриваться как инновационная форма непрерывного профессионального развития руководителей организаций здравоохранения.

Список литературы

1. Найговзина Н. Б., Конаныхина А. К., Кочубей А. В. Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, №1. – С.35 – 40
2. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-XII: в ред. от 11.12.2020 г., № 94-3

3. О профессиональной аттестации медицинских, фармацевтических и иных работников здравоохранения: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 28 мая 2021 г., № 70.
4. Халтурин Р. А. Особенности подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения//Экономические науки. – 2019 – №7(176). – С.81-84.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ XIX в. НА ПРИМЕРЕ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА ГЕМОТРАНСФУЗИИ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Сергеева М. С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Резюме. Особенностью профессиональной культуры в российской медицине было внимательное и критичное отношение к европейским исследованиям и возможности внедрения новых лечебных методов в практическую медицину. Прекрасной иллюстрацией которого является практика гемотрансфузии, подарившая врачам надежду на спасение многих неизлечимых больных, умиравших от истощения и обескровливания. Однако российские врачи не спешили копировать успешный европейский опыт. Практику применения переливания крови в России предваряло обязательное экспериментальное изучение всех новейших методик, направленное на определение их безопасности и эффективности.

Ключевые слова: переливание крови, методы переливания, экспериментальное изучение, животная кровь

PROFESSIONAL CULTURE IN RUSSIAN MEDICINE OF THE XIX CENTURY ON THE EXAMPLE OF INTRODUCING THE METHOD OF BLOOD TRANSFUSION IN THE CLINICAL PRACTICE

Sergeeva M. S.

FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia (Sechenov University), Moscow,

Abstract. A feature of the professional culture in Russian medicine was an attentive and critical attitude towards European research and the possibility of introducing new medical methods into practical medicine. An excellent illustration

of this proces is the practice of blood transfusion, which gave doctors the hope of saving many terminally ill patients who were dying of exhaustion and exsanguination. However, Russian doctors weren't in a hurry to copy the successful European experience. The practice of using blood transfusion in Russia was preceded by a mandatory experimental study of all the latest methods, aimed at determining their safety and effectiveness.

Key words: blood transfusion, transfusion methods, experimental study, animal blood.

На протяжении XIX в. переливание крови было одним из наиболее перспективных и в то же время спорных клинических методов. Примененное впервые в 1818 г. для борьбы с массовой кровопотерей рожениц, к концу века оно рекомендовалось для лечения болезней крови, различных видов отравлений, инфекционных (туберкулез, холера, тиф, септицемия, гангрена), психических и других болезней. Значительный вклад в экспериментальное изучение процедуры гемотрансфузии и ее внедрение в клиническую практику принадлежит европейским физиологам и практикующим врачам, выполнившим к 1870-м гг. больше 265 переливаний крови человеку [1].

Тема гемотрансфузии активно обсуждалась на страницах профессиональной медицинской печати и в еженедельной прессе: «Gazetta des Hopitaux de Paris», «Archives de l'Anatomie et de Physiologie», «Le progrès médical», «Archives générales de médecine» (Франция); «The Lancet» (Великобритания); «Berliner klinische Wochenschrift», «Centralblatt für Chirurgie», «Militar-Zeitung» (Германская империя); «Archives de la médecine belge» (Бельгия), «Военно-медицинский журнал», «Медицинское обозрение», «Протоколы заседаний общества русских врачей в Санкт-Петербурге», «Московская медицинская газета», «Всемирная иллюстрация» (Россия) и другие [2]. Европейский медицинский опыт в сфере гемотрансфузии пристально изучался российским практикующим и академическим медицинским сообществом, однако внедрять его в медицинскую практику в России не спешили. Российские специалисты были убеждены в необходимости предварительной проверки заявленных европейскими учеными и клиницистами результатов в собственных экспериментальных исследованиях.

Первый успешный случай переливания цельной венозной человеческой крови крови роженице, выполненный в 1825 г. Дж. Бланделлом был с восторгом принят профессором Медико-хирургической академии (МХА) в Санкт-Петербурге С. Ф. Хотовицким. Его ученик А. М. Вольф в 1832 г. выполнил 5 переливаний крови роженицам по данному методу, но только один из них оказался успешным. В то же время профессора медицинского факультета Московского университета (МУ) занимались теоретическим изучением

гемотрансфузии и усовершенствованием прибора Бландела. Так И. В. Буяльский рекомендовал погружать сифон с кровью в теплую воду, для предотвращения ее свертывания. После того, как европейские физиологи впервые заговорили о возможности сохранить жидкое состояние крови путем дефибринирования, экспериментальным изучением возможностей разных методов занялся другой профессор МУ А. М. Филомафитский. Итогом его работы стал первый опубликованный в России в 1848 г. труд: «Трактат о переливании крови» и единственное успешно выполненное его учеником, переливание дефибринированной животной крови больному холерой. Филомафитский доказывал безопасность и эффективность применения в медицинской практике переливания дефибринированной человеческой крови, уделив много внимания разработке техники выполнения данной процедуры: вскрытию вен и сохранению их от воспаления и нагноения [1]. Европейское медицинское сообщество разделилось на сторонников и противников удаления фибрина.

Во второй половине XIX в. большой интерес к развитию гемотрансфузии проявляла МХА, о чем свидетельствует значительное число диссертационных исследований, посвященных разным аспектам данной процедуры. В 1860-х гг. в МХА были защищены докторские диссертации «О переливании крови» В. В. Сутугина (1865) и В. М. Раутенберга (1867), изучавших возможности трансфузии дефибринированной и цельной крови при острых анемиях и отравлениях. Проведенные на животных эксперименты не только уточнили данные европейских физиологов, но существенно расширили их. Сутугиным было доказано, что фибрин восстанавливается в крови в течение 24 часов, дефибринированная кровь может храниться в охлажденном виде в течение недели [3, с. 55]. Раутенберг открыл, что добавление «малых количеств углекислого натра» предотвращает свертывание цельной крови, сохраняя ее в жидком, пригодном для переливания состоянии [4, с. 1].

В 1870-х гг., в результате обострения военных конфликтов и увеличения кровопролитности войн, о гемотрансфузии заговорили как о единственном способе предотвратить массовую гибель раненых на поле боя [5]. Проблема поиска здоровых доноров в военных условиях обусловила популярность предложенного в 1873 г. Ф. Ф. Гезеллиусом метода переливания цельной животной крови человеку. В том же году в МХА Н. А. Табуре защищает диссертацию, посвященную экспериментальному изучению на животных влияния переливания крови на процесс заживления гнойных ран. Его исследования подтвердили актуальность гемотрансфузии, как поддерживающей процедуры, повышающей шансы раненых на выздоровление. Однако он критично отозвался о возможности использования животных для прямого переливания на поле боя, предложив в качестве более

эффективного метода использование предварительно заготовленной дефибринированной крови животных [6, с. 94].

Ни опубликованные к концу 1870-х г. данные физиологов о разрушающем действии животной крови на кровь пациентов, ни сведения о числе смертельных исходов после переливания не разубедили европейских врачей в перспективах использования гемотрансфузии в клинической практике [7, с. 155]. Ее сторонники продолжали искать безопасные жидкости для вливания человеку и методы осуществления данной процедуры. В 1877 г. в европейской печати появились первые публикации, посвященные использованию для переливания 0,6% физиологического раствора. В диссертационном исследовании российского врача Д. О. Отта было проведено сравнительное исследование влияния на обескровленный организм вливания соляного раствора, цельной и дефибринированной крови человека и животных. Автор пришел к выводу, что введение солевого раствора является более безопасным, чем внутривидовые переливания и значительно быстрее приводит к восстановлению числа кровяных шариков [8, с. 91]. Кроме того, заявлял Отт, использование солевого раствора в военной хирургии позволяло решить проблему поиска доноров. В 1879 г. Е. Понфик разработал новый метод гемотрансфузии – переливания дефибринированной крови в полость перинеального мешка. Заявленные автором простота выполнения процедуры, отсутствие побочных эффектов и благоприятный исход процедуры требовали экспериментального подтверждения. Изучению переливания в брюшину разных видов крови была посвящена диссертация В. М. Никольского, защищенная в МХА в 1880 г. Автор не только подтвердил утверждения Понфика, но доказал быстрое увеличение количества гемоглобина в циркулирующей крови после вливания в брюшину дефибринированной крови как в эксперименте на животных, так и в клинической практике [9]. В 1886 г. выпускник Военно-медицинской Академии в Санкт-Петербурге М. М. Розенгарт изучал возможности обескровливания конечностей для самопереливания эластичным бинтом, впервые предложенное Ф. фон Эсмархом в 1873 г. Он относил аутоотрансфузию к консервативному и наиболее безопасному методу предотвращения смерти от обескровливания благодаря перераспределению собственной крови организма с периферии к жизненно важным органам и восполнению напряжения в крупных сосудах и сердце [10].

Таким образом, новейшие методы гемотрансфузии, применявшиеся в европейской медицинской практике, в первой половине XIX в. были предметом изучения профессоров медицинского факультета Московского университета, во второй половине XIX в. – предметом диссертационных исследований выпускников Медико-хирургической Академии в Санкт-Петербурге. Данная практика указывает на взвешенное и критичное отношение

русской медицинской профессуры к «модным» тенденциям европейской медицинской практики.

Список литературы

1. Sergeeva M., Panova E. The studies of blood transfusion and the attempts of its implementation into medical practice in 1800–1875: the fate of J.-A. Roussel's device in Russia. *Medicina Historica*, 2020. Vol. 4. Nr 2. pp. 1–9.
2. Sergeeva M. S., Panova E. L. Brilliant promotion for a doubtful invention: the blood transfusion device of doctor Joseph-Antoine Roussel (1837-1901) in European medical science and practice in 1860–1880 // *Bylye Gody*. 2021. Vol. 16. № 1. P. 244-252.
3. Суругин В. В. О переливании крови. СПб., 1865. 58 с.
4. Раугенберг В.М. О переливании крови. СПб., 1867. 75 с.
5. Сергеева М. С., Панова Е. Л. Переливание крови раненым – перспективный метод военно-полевой хирургии или утопия середины 1870-х годов? // *История медицины*. 2021. Т. 7. № 2. С. 133-139.
6. Табуре Н. А. О переливании крови. СПб., 1873. 96 с.
7. Сергеева М. С. Гемотрансфузия: историко-медицинский аспект (1873–1874) // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022. № 1–2. С. 154-159.
8. Отт Д. О. О влиянии на обескровленный организм вливания раствора поваренной соли и сравнение его действия с другими употребляемыми для трансфузии жидкостями. СПб., 1884. 136 с.
9. Никольский В. М. К вопросу о переливании крови в полость брюшины. СПб.: Тип. Я. Троя, 1880. 66 с.
10. Розенгарт М. М. Обескровливание конечностей для самопереливания крови и операций на конечностях, введение воды в желудок при острой анемии. СПб., 1886. 125 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В МЕЖДУНАРОДНОМ ГУМАНИТАРНОМ ПРАВЕ

Сильванович С. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье прослеживается формирование правового статуса медицинского персонала и медицинской службы в международном гуманитарном праве. Важнейшими составляющими этого статуса стали нейтралитет и независимость, подчиненность деятельности медицинских работников соображениям гуманизма и нормам биомедицинской этики.

Ключевые слова: медицинский персонал, международное гуманитарное право.

FORMATION OF THE LEGAL STATUS OF MEDICAL PERSONNEL AND MEDICAL SERVICE IN INTERNATIONAL HUMANITARIAN LAW

Silvanovich S. A.

EE«Grodno State Medical University», Grodno, Republic of Belarus

Summary. The article traces the formation of the legal status of medical personnel and medical service in international humanitarian law. The most important components of this status were neutrality and independence, the subordination of the activities of medical workers to considerations of humanism and the norms of biomedical ethics.

Key words: medical personnel, international humanitarian law.

Самим фактом своего возникновения международное гуманитарное право обязано стремлению обеспечить необходимую медицинскую помощь раненым и больным во время вооруженного конфликта. Будущий создатель Международного комитета Красного Креста Анри Дюнан в 1859 г. стал свидетелем последствий сражения при Сольферино, когда множество раненых солдат оказалось брошенными на поле боя по причине отсутствия в армиях того времени сколько-нибудь удовлетворительной медицинской службы. Он привлек к оказанию помощи местное гражданское население и задумался о необходимости создания соответствующей организации, которая бы инициировала мероприятия и разработку норм и правил, призванных облегчить страдания участникам и жертвам вооруженных конфликтов. С момента принятия первой Женевской конвенции 1864 г. международное гуманитарное право в области оказания медицинской помощи развивалось в двух направлениях – облегчения страданий раненых и больных комбатантов и обеспечения безопасности медицинскому персоналу, оказывающему такого рода помощь.

Основные подходы к решению данной проблемы были заложены в первой Женевской конвенции по улучшению участи раненых в армиях в поле, принятой в 1864 г. Согласно этой Конвенции медицинские пункты и госпиталя должны были признаваться воюющими странами нейтральными до тех пор, пока в них находились раненые и больные, и пока они не использовались как военные объекты. Отсюда следовало требование не превращать медицинские учреждения в военные объекты, пока там находятся раненые и больные,

поскольку они, вследствие этого, лишались нейтрального статуса, и ничто не защищало их от нападений. Персонал госпиталей и медицинских пунктов, включая штаб квартирмейстеров, медицинские, административные и транспортные службы, тоже признавались нейтральными и могли продолжать свою деятельность по уходу за больными и ранеными солдатами даже на оккупированной территории, или уйти и воссоединиться с теми частями, к которым они принадлежали. За ними признавалось это право и после того, как они заканчивали выполнять свою миссию на оккупированной территории. При этом они не могли забирать с собой оборудование медицинских пунктов, а только личные вещи. Нейтральный статус распространялся также на гражданских лиц, которые принимали в своих домах раненых и больных солдат, и обеспечивали им уход, вне зависимости от того к какой воюющей стороне принадлежал комбатант. Более того, такие люди должны были освобождаться от постоя и других военных повинностей. Вводился опознавательный знак для обозначения нейтрального статуса, использовать который имели право все оказывающие медицинскую помощь люди, в т.ч. гражданское население, а также медицинские учреждения и группы эвакуации, включая транспорт. Таким знаком должен был стать флаг или повязка с красным крестом на белом фоне [1].

В Конвенции по улучшению участи раненых и больных в армиях в поле, принятой в Женеве в 1906 г. появились новые требования к воюющим сторонам относительно медицинской помощи. Армия, которая вынуждена была оставить своих раненых и больных на территории, которую занимал противник, должна была оставить вместе с ними средства медицинского обеспечения и часть персонала. В дальнейшем такого рода снабжением должна была заниматься противная сторона, на чьей территории оказались медицинские учреждения. В свою очередь сторона, за которой осталось поле сражения, должна была предпринять меры по поиску раненых и их защите от грабежа и неправильного лечения. Она должна была тщательно осматривать тела мертвых до их погребения или сжигания и защищать тела от грабежа. Гражданские лица, привлекаемые к оказанию медицинской помощи согласно этой конвенции, могли рассчитывать лишь на специальную защиту и некоторый иммунитет. Новым было также разрешение медицинскому и санитарному персоналу иметь оружие, которое они могли использовать для самозащиты и защиты раненых и больных. Предусматривалась возможность вооруженной охраны для медицинского учреждения, и хранения в нем оружия и боеприпасов, принадлежавших раненым и больным. Персонал, занятый исключительно в эвакуации, транспортировании, лечении больных и раненых, так же как и администрация санитарных формирований и учреждений не должны были браться в плен. Персонал добровольческих благотворительных

организаций, должным образом признанный и разрешенный их собственными правительствами, который использовался в санитарных формированиях и учреждениях армий, приравнивался по своему статусу к медицинскому персоналу армий. Если медицинские учреждения с больными и ранеными оказывались на территории, оккупированной противником, то последний был обязан в должной мере снабжать эти учреждения материальными средствами.

Конвенция 1906 года однозначно и конкретно определила красный крест на белом фоне отличительным знаком медицинской службы всех армий. Этот знак должен был наноситься на повязки медицинского персонала и лиц, осуществляющих медицинскую помощь, на все имущество и транспортные средства, принадлежащие медицинской службе армии, а также благотворительных организаций, занимающихся попечением раненых и больных военнослужащих [2]. Серьезным недостатком данных правил было то, что никакого механизма привлечения к ответственности тех стран, которые взяли на себя такие обязательства, но не соблюдали их, Конвенция не предусматривала. Она лишь призывала правительства стран, подписавших Конвенцию, пресекать грабеж, плохое лечение раненых и больных, незаконное использования эмблемы красного креста и т.д. Кроме этого, данные правила распространялись только на государства, подписавшие конвенции.

Последнее обстоятельство было учтено в Конвенции по улучшению участи раненых и больных в армиях в поле, принятой в Женеве 27 июля 1929 г. Согласно этой Конвенции, страны, подписавшие ее, должны были руководствоваться правилами, изложенными в ней и в отношении стран, которые этот документ не подписывали. В отличие от Конвенции 1906 г. Конвенция 1929 г. ограничивала присутствие в медицинских учреждениях вооруженных лиц лишь часовыми или пикетами. Иметь вооруженные подразделения теперь не разрешалось. Хранить оружие и боеприпасы раненых и больных можно было только временно, до появления возможности сдать их соответствующим службам. Новшеством Конвенции 1929 г. было также то, что под защиту попадал ветеринарный персонал, находящийся в медучреждении, даже если он не входил в состав последнего. Конвенция требовала от воюющих сторон относиться к раненым и больным с гуманностью, беспокоиться о них с медицинской точки зрения, без различия национальности воюющей стороной, в чьей власти они могли оказаться. В отношении местного населения, привлекаемого к оказанию медицинской помощи раненым и больным, вновь предусматривались специальная защита и некоторые средства обслуживания. Наряду с прочими категориями лиц, оказывающих помощь раненым и больным, защиту международного гуманитарного права получали солдаты, специально обученные, чтобы использоваться, в случае надобности, как вспомогательные медсестры или носильщики для собирания, транспортировки

и лечения раненых и больных, и снабженные удостоверением личности. К оказанию медицинской помощи могли привлекаться добровольческие благотворительные организации нейтральных государств после соответствующего согласования с правительствами заинтересованных сторон и предварительного уведомления противника. Персонал, оказывающий медицинскую помощь на захваченной противником территории, имел право рассчитывать на то же питание, то же самое жилье, те же самые пособия и ту же самую плату, какие ему предоставляли собственные вооруженные силы. Здания и материальные средства стационарных медицинских учреждений армии могли быть подчинены военным целям, но только после того, как они переставали быть необходимыми раненым и больным. Медицинский транспорт и обслуживающий его персонал, захваченный противником, как и выше перечисленные категории, должен был использоваться только в медицинских целях, а после исчерпания такой необходимости, должен был передаваться стороне, которой они принадлежали.

В связи с тем, что в нехристианских странах крест воспринимался как символ христианства, Конвенции 1929 г. наряду с красным крестом в качестве медицинского опознавательного знака допускала использование на белом фоне красного полумесяца, красного льва и солнца. Конвенция также уточнила, что для признания лиц, относящихся к персоналу, защищенному Конвенцией, недостаточно иметь на рукаве повязку с опознавательным знаком. Военные власти должны были снабдить свой персонал соответствующим удостоверением личности с фотографией, либо сделать запись в его солдатской книжке. Удостоверения личности персонала, защищаемого Конвенцией, должны были быть одинаковыми во всех воюющих армиях. К сожалению, в самой Конвенции образца такого удостоверения не содержалось, предполагалось, что этот вопрос решат воюющие стороны. Но он так и не был решен, и в годы Второй мировой войны это давало формальный повод брать медицинский персонал в плен наравне со всеми остальными солдатами и офицерами [3].

Помимо этого в годы Второй мировой войны был совершен целый ряд других нарушений международного гуманитарного права и общечеловеческой этики, наиболее существенными из которых применительно к медицинской деятельности стало участие немецких и японских врачей в проведении жестоких биомедицинских исследований на раненых, больных, заключенных и военнопленных. По этой причине в Женевских конвенциях 1949 г. и в Дополнительных протоколах к ним 1977 г., кроме положений, сформулированных в предыдущих документах, появляются статьи, требующие от врачей и медицинского персонала неукоснительно следовать правилам и принципам медицинской этики, хоть сами эти правила в этих документах не

перечислялись. В частности, ст. 50 Женевской конвенции об улучшении участи больных и раненых в действующих армиях считает военными преступлениями «...преднамеренное убийство, пытки и бесчеловечное обращение, включая биологические эксперименты, преднамеренное причинение тяжелых страданий или серьезного увечья, нанесение ущерба здоровью»[4, с. 28]. Таким образом, можно сказать, что тезис конвенции 1906 г., настаивающий на защите раненых и больных комбатантов от неправильного лечения, был существенно расширен и развит. При этом Женевские конвенции 1949 г. и Дополнительные протоколы 1977 г. под медицинской этикой понимали нормы и принципы, сформулированные в послевоенное время в других международных документах, важнейшими из которых являлись Нюрнбергский кодекс 1947 г., Международная клятва врачей 1948 г., Женевская декларация 1949 г. или Международный кодекс медицинской этики Всемирной медицинской ассоциации и др.

Наряду со стремлением защитить прекративших сопротивление комбатантов и гражданское население от вышеперечисленных действий в Конвенциях и Протоколах прослеживается тенденция к обеспечению независимого статуса врача, который в условиях вооруженного конфликта должен руководствоваться медицинской этикой, а не противоречащими ей требованиями противной стороны или собственного правительства или командования. В 1-м Дополнительном протоколе 1977 г. в ст. 15 говорится следующее: «Оккупирующая держава не может требовать, чтобы при выполнении своих функций этот персонал отдавал предпочтение какому-либо лицу, кроме как по соображениям медицинского характера. Этот персонал не может принуждаться к выполнению задач, несовместимых с его гуманитарной миссией», и далее в ст.16 :«Ни при каких обстоятельствах ни одно лицо не может быть подвергнуто наказанию за выполнение им функций, совместимых с медицинской этикой, независимо от того, в интересах какого лица выполняются эти функции». Эта же статья к серьезным нарушениям гуманитарного права относит намеренное уклонение от оказания медицинской помощи и требует неукоснительного соблюдения врачебной тайны: «Ни одно лицо, выполняющее медицинские функции, не может принуждаться к предоставлению кому бы то ни было, будь то из противной стороны или его собственной стороны... какой-либо информации относительно раненых и больных..., если такая информация ...причинит вред указанным пациентам или их семьям». Однако требования уведомления об инфекционных заболеваниях должны были непременно выполняться [4, с. 238-239]. В деятельности врача недопустимыми считаются надсмотр, наблюдение, помощь, передача медицинских сведений относительно уязвимости покровительствуемых лиц, введение веществ, не оправданных медицинским состоянием пациента и без

его согласия, фальсификация медицинских отчетов или свидетельств о смерти или же оказание медицинской помощи с целью продлить пытку. Дополнительные протоколы 1977 г. серьезными нарушениями МГП считают преднамеренное действие или преднамеренное упущение, которое серьезно угрожает состоянию здоровья покровительствуемых во время вооруженного конфликта лиц [4, с. 236, с.323].

Таким образом, с момента возникновения международного гуманитарного права в 1864 г. шло формирование особого статуса медицинского персонала и медицинской службы в условиях вооруженного конфликта. Важнейшими составляющими этого статуса явились нейтралитет и независимость медицинских работников, чья деятельность должна быть подчинена соображениям гуманизма и нормам биомедицинской этики. Акцент на нейтралитет был характерен для международных документов, принятых до Второй мировой войны. После этой войны с учетом происходивших в ходе ее нарушений МГП и общечеловеческой этики, были приняты документы, в которых нейтральный статус дополнялся требованием независимости врачей и соответствия их действий медицинской этике. При этом МГП предусматривает более высокий статус биомедицинских этических норм по отношению к обязательствам национального права в случае их расхождения.

Список литературы

1. Конвенция по улучшению участи раненых в армиях в поле. Женева, 22 августа 1864 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://army.armor.kiev.ua/hist/zeneva-ran-1-a.php>. – Дата доступа: 14.03.2022.
2. Конвенция по улучшению участи раненых и больных в армиях в поле. Женева, 6 июля 1906 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://army.armor.kiev.ua/hist/zeneva-ran-1-a.php>. – Дата доступа: 14.03.2022.
3. Конвенция по улучшению участи раненых и больных в армиях в поле. Женева, 27 июля 1929 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://army.armor.kiev.ua/hist/zeneva-ran-1-a.php>. – Дата доступа: 14.03.2022.
4. Женевские конвенции от 12 августа 1949 г. и Дополнительные протоколы к ним. – 2-е изд., испр. – М.: МККК, 2001. – 344 с.

ИСТОРИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ.

Часть 1.

Сурмач М. Ю.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье раскрыта история высшего медицинского образования в Беларуси. Показано, что Гродненским землям нередко принадлежало историческое первенство в вопросах развития высшего медицинского образования. Это прослеживается на примере Гродненской медицинской академии Ж.-Э. Жилибера, которая предшествовала появлению медицинского факультета в Виленском университете – первом университете, близком к белорусским землям, и в современных примерах: университетской клинике, международной аккредитации. Часть 1 посвящена XVI-XVIII векам.

Ключевые слова: история высшего медицинского образования, Беларусь, Гродненская медицинская академия, Виленский университет.

HISTORY OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN BELARUS.

Part 1.

Surmach M. Yu.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Summary. The article reveals the history of higher medical education in Belarus. It is shown that the Grodno lands often held historical leadership in the development of higher medical education. This can be seen on the example of the Grodno Medical Academy of J.-E. Zhiliber, which preceded the emergence of the medical faculty at Vilna University – the first university close to the Belarusian lands, and in modern examples: a university clinic, international accreditation. Part 1 is devoted to the XVI-XVIII centuries.

Key words: history of higher medical education, Belarus, Grodno Medical Academy, Vilna University.

В период нахождения белорусских земель в составе Великого Княжества Литовского впервые в истории Беларуси было открыто отечественное высшее учебное заведение, – Виленский университет.

Медицинский факультет Виленского университета и его преемница Медико-хирургическая академия в Вильно оказали большое влияние на развитие здравоохранения и медицинской науки на белорусских землях. До открытия в 1921 году в Минске Белорусского государственного университета с медицинским факультетом, Виленский университет был единственным высшим учебным заведением в Беларуси и Литве, за исключением короткого времени существования Гродненской медицинской академии.

По страницам издания «SB Беларусь сегодня», мы видим, что история этого университета, выходцами которого стали многие известные белорусские деятели культуры и искусства, начиналась в 1570 году, когда в Вильно прибыли иезуиты и основали здесь свой коллегиум. Позже такие же коллегиумы были открыты в Полоцке, Минске, Несвиже, Юровичах, Пинске и других местностях. Но только виленский получил статус «академии и университета», что было по ходатайству короля Речи Посполитой Стефана Батория утверждено Папой Римским Григорием XIII в 1579 году [1]. В то же время, получить медицинское образование в стенах Виленского университета стало возможным только спустя два столетия.

Первым ректором стал Петр Скарга: поляк по национальности, блистательный церковный проповедник, участник теологических дискуссий, в которых нещадно громил протестантов и православных. В первые годы существования, Виленский университет был «академией и университетом Общества Иисуса», учебным заведением иезуитов, распространявших католичество и активно проводящих полонизацию. В тот период на философском и теологическом факультетах готовили преподавателей для коллегиумов, которые в скором времени были образованы во всех крупных городах Беларуси. На философском факультете преподавались все гуманитарные и естественные науки, древние (греческий, латинский, еврейский) и новые (немецкий, французский) языки, на теологическом факультете – Священное Писание, теология. Студенты изучали и белорусский язык также, однако в последующем этот язык был вытеснен польским.

Академию поддерживали католическое духовенство, местные магнаты и шляхта. В 1585 Н. Радзивилл Сиротка перевёз из Бреста в Вильно и передал академии типографию своего отца. Значительную материальную помощь академии оказал сын известного белорусского государственного деятеля Льва Сапеги – Казимир Лев Сапега. Он передал академии библиотеку своего отца («Biblioteca Sapiehana»), которая насчитывала около 3000 названий ценных книг. К. Л. Сапега сыграл большую роль в открытии в академии в 1641 юридического факультета. На содержание четырёх профессоров юридического факультета он пожертвовал академии 12500 польских злотых. С 1583 по

1781 академия присвоила своим выпускникам 4076 учёных степеней: по философии – 3510, по праву – 149, по теологии – 417 [2].

В 1773 году Папа Римский упразднил орден иезуитов, и в 1773 академия перешла под опеку Образовательной комиссии (первое в Европе Министерство народного образования). Образовательная комиссия решила преобразовать Виленскую иезуитскую академию в высшее учебное заведение нового типа – Главную школу Великого Княжества Литовского. Таким образом, высшее учебное заведение иезуитов было в 1781 году превращено в светское – Главную литовскую школу. Как пишет Л.Л.Голубева, ректором был назначен выдающийся учёный-астроном Мартин Пачобут-Адленицкий, который, занимая эту должность около 20 лет, провёл в школе реформу и придал образованию практически светское направление [2]. В школе были сформированы моральный и физический факультеты. На улице Пилес, 22, в 1781 году был открыт Медицинский коллегиум – создавший основу будущего медицинского факультета университета. Из Гродно сюда была переведена медицинская школа Ж.-Э.Жилибера, во дворе здания в 1782 году Жан Эммануэль Жилибер основал ботанический сад. В 1797 году физический факультет переименован в медицинский [3].

В составе Российской империи, в 1803 году, Главная Виленская школа была реорганизована в университет с четырьмя факультетами: моральных и политических наук, физико-математический, медицинский, литературных и свободных художеств. Образование, полученное в этом вузе, не уступало тому, которое давали лучшие университеты того времени в городах Западной Европы.

Формально, таким образом, первый университет на отечественных землях – Виленский университет – возник в XVI веке, но на протяжении двух веков являлся «классическим» университетом. Истоки же высшего медицинского образования в Беларуси появляются в Гродно, когда гродненский староста Антоний Тизенгауз при поддержке короля Станислава Августа Понятовского пригласил из Франции ученого ботаника и врача Жана Эмануиля Жилибера (1741-1814) «как личность, способную ... создать полезное учреждение». Антоний Тизенгауз стал директором основанной в 1775 году Гродненской медицинской Академии. Академия являлась не только первым высшим учебным заведением на территории отечественных земель, но и воплотила передовые подходы в медицинском образовании Европы, предвосхитившие историю на много лет вперед.

Благодаря деятельности Ж. Э. Жилибера и его помощников, Гродненская медицинская академия быстро превратилась в «превосходное учреждение, которое приносило большую славу, так как до того времени врачебная наука

находилась в убогом состоянии не только в глуби страны, но даже в столице помощь можно было получить только от иностранцев».

Договор с Ж. Э. Жилибером предусматривал, что кроме преподавательской и научной деятельности, он также будет способствовать улучшению услуг здравоохранения для населения, что было абсолютно передовым для Европы 18 века, где медицинские высшие учебные заведения занимались только подготовкой кадров. Шпиталь бонифратров (открыт в 1728 году), который оказывал помощь нуждающимся и был рассчитан на 60 коек, стал «клинической базой» для слушателей Гродненской медицинской академии. Обучение носило практический характер, велось у постелей больных и в аптеке госпиталя. Ж.-Э.Жилибер являлся отличным организатором здравоохранения: он принял руководство не только Академией, но и всей медицинской службой Гродно и окрестных селений [4].

Несмотря на безусловную востребованность, как и любое нововведение, открытие Академии столкнулось с неизбежными трудностями. Поскольку Академия не имела предшественников, местная шляхта не была заинтересована в медицинском образовании и не желала направлять детей на учёбу: родителям не было до конца понятно, что «получится» из потраченных на обучение средств. В этой связи для обучения были набраны дети крестьян и служащих из имений, и им было назначено казенное содержание. В результате было подготовлено несколько десятков отличных специалистов, которые были направлены на работу в государственные имения Великого Княжества Литовского. Таким образом, впервые в истории Беларуси в Гродно мы видим не просто исторический прообраз медицинского университета, но и исторические основы государственного образования с конкретным социальным заказом.

При академии были созданы анатомический театр и музей (над входом висело изречение «Здесь сама смерть должна приносить пользу человечеству»), ботанический сад, кабинет естественной истории и богатейшая библиотека книг по медицине и истории естествознания. За коллекцией экспонатов в кабинете и анатомическом театре следил лично король Станислав Август Понятовский, что подтверждает Жилибер в письме к Луи Витету (19 сентября 1777 г.): «Его величество тщательно следил за анатомическим амфитеатром. Король одобрил уже проделанную работу по сравнительной анатомии. Наблюдая за скелетами местных животных, он смог себе представить механизм удивительного жевания бобра. Он хотел знать, как животное может срезать толстую ветку дерева одним укусом резцов. Лекция была проиллюстрирована показом. В конце концов, его высочество закончил изучать эту науку согласно учебной программе. Он подтвердил, предварительно проверив, что каждая часть этой науки была предметом более

ранней теоретической подготовки». Кроме того, в этом письме есть запись Жилибера, сообщающего, что он стремился обогатить анатомические экспонаты: «Можете ли вы купить красивые восковые или забальзамированные анатомические модели, а также различные предметы естествознания? Наш банкир в Париже выложит необходимые деньги». Год спустя, Жилибер писал: «Анатомический амфитеатр имеет большое значение, поскольку в нем собраны пятьсот забальзамированных экземпляров, в том числе чудовищ, эмбрионов» [5].

Для преподавания приглашались профессора из европейских университетов (например: профессор анатомии И. И. Вирион из Страсбургского университета).

В Гродненской медицинской академии открывается и действует повивальное отделение для подготовки повивальных бабок, имелись первые в крае специальные здания для размещения и занятий, анатомический театр и музей, музей естественной истории, научная библиотека, ботанический сад.

Спустя шесть лет, в связи с отставкой А. Тизенгауза, Академия перестала финансироваться, основной ее персонал и студенты (а также оборудование, инструменты, учебные коллекции, библиотека и даже растения из ботанического сада) были переведены в Вильно на физический факультет Виленского университета. Для факультета было выделено специальное здание – «Collegium medicum», во дворе которого профессор Ж.Э.Жилибер заложил ботанический сад. В Виленском университете он преподавал минералогию, ботанику и медицинскую материю (лекарствоведение) (1781-1783 гг.). По результатам своих исследований он издал труд «Литовская флора» в трёх томах.

На протяжении нескольких веков возможность получить высшее образование в медицине реализовывалась у жителей Гродненщины только посредством обучения в Вильно, университетах Москвы, Санкт-Петербурга и иных городов Российской империи, а также в Западной Европе.

Список литературы

1. Виленский университет – первый вуз в истории Литвы и Беларуси // SB. Беларусь сегодня. – [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <https://www.sb.by/articles/istochnik-znaniy-11072015.html> – Дата доступа: 01.04.2022.
2. Голубева, Л. Л. Виленский университет / Л. Л. Голубева // Белорусская юридическая энциклопедия: В 4 т.- Т. 1. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2007. – С.208-210.
3. Абаев, Ю. К. У истоков отечественной медицинской науки. Роль Виленского университета и Виленского общества врачей / Ю. К. Абаев // Здравоохранение. – [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <https://www.zdrav.by/istoriya-meditsiny/u-istokov-otechestvennoj-meditsinskoj-nauki-rol-vilenskogo-universiteta-i-vilenskogo-obshhestva-vrachej/> – Дата доступа: 01.04.2022.

4. Игнатович, Ф. И. Ж. Э.Жилибер и Гродненская медицинская академия (к 270 летию со дня рождения) / Ф. И. Игнатович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 85-90.
5. Бараньский, Я. Анатомический театр в Европе и в Гродно / Я. Бараньский, Н. Хильмончик // К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области : сборник статей [Электронный ресурс] / Ред. кол. В. А. Снежицкий (гл. ред.), М. Ю. Сурмач (отв. ред.) и др. – Гродно : ГрГМУ, 2019. – с. 82-89.

ИСТОРИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ.

Часть 2.

Сурмач М. Ю.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье раскрыта история высшего медицинского образования в Беларуси. Показано, что Гродненским землям нередко принадлежало историческое первенство в вопросах развития высшего медицинского образования. Это прослеживается на примере Гродненской медицинской академии Ж.-Э.Жилибера, которая предшествовала появлению медицинского факультета в Виленском университете – первом университете, близком к белорусским землям, и в современных примерах: университетской клинике, международной аккредитации. Часть 2 посвящена историческим периодам нового и новейшего времени, развитию медицины на Гродненских землях.

Ключевые слова: история высшего медицинского образования, Беларусь, Виленский университет, Гродненский государственный медицинский университет.

HISTORY OF HIGHER MEDICAL EDUCATION IN BELARUS.

Part 2.

Surmach M. Yu.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Summary. The article reveals the history of higher medical education in Belarus. It is shown that the Grodno lands often held historical leadership in the development of higher medical education. This can be seen on the example of the

Grodno Medical Academy of J.-E. Zhiliber, which preceded the emergence of the medical faculty at Vilna University – the first university close to the Belarusian lands, and in modern examples: a university clinic, international accreditation. Part 2 is devoted to the historical periods of new and modern times, the development of medicine in the Grodno lands.

Key words: history of higher medical education, Belarus, Vilna University, Grodno State Medical University.

На протяжении нескольких веков возможность получить высшее образование в медицине реализовывалась у жителей Гродненщины только посредством обучения в Вильно, университетах Москвы, Санкт-Петербурга и иных городов Российской империи, а также в Западной Европе.

После того, как Вильно вошло в состав Российской империи, царь Александр I придал Виленскому университету – первому университету на отечественных землях – статус «императорского университета» (в 1803 году). Семилетнее ректорство Яна Снядецкого (1807-1814) считается «лучшим временем» императорского Виленского университета. В 1808 году была открыта кафедра анатомии, а в 1815 году – анатомический амфитеатр, в котором проводились публичные анатомические показы [1; 2].

Ю. К. Абаев пишет: «Северные Афины» – так называли Виленский университет в начале XIX века – в 1823 г. стали крупнейшими в Европе и сыграли большую роль в развитии медицинской науки в белорусско-литовском крае. Здесь работали выдающиеся ученые, талантливые профессора, были установлены плодотворные творческие связи с известными европейскими и российскими университетами. Первыми преподавателями медицинского факультета были крупные ученые: Ж. Э. Жилибер (ботаника, лекарствоведение), Е. Снядецкий (химия, клиническая медицина), С. Л. Бизео (анатомия, теоретическая медицина), Л. Г. Боянус (анатомия, зоология), Я. Бриоте (оперативная хирургия), Н. Ренье (хирургия, повивальное искусство), И. Ланеменер (патология, лекарствоведение), И. Лобенвейн (анатомия, физиология), Ф. Шпицнагель (натуральная история) [3].

Ю. К. Абаев также указывает, что Виленский университет – один из первых в России, где началась реформа медицинского образования. В этой связи особо следует отметить вклад И. П. Франка. В 1804 г. из Вены был приглашен И. П. Франк. В Вильно он пробыл менее года, однако успел коренным образом усовершенствовать учебный процесс – составил учебные планы, ввел новые предметы и преподавание на современном для того времени уровне, основал терапевтическую клинику, определил первоочередные задачи реформирования научной базы, укрепил творческие связи с университетами Европы. По сути, И. П. Франк реорганизовал медицинский факультет. Началось чтение лекций по гигиене, курсу

медицинской полиции, фармакологии (1804), патологической анатомии, патологии и общей терапии, факультетской терапии, ветеринарии и эпизоотологии (1805), судебной медицине (1806), хирургической клинике (1809), физиологии (1810), сравнительной анатомии и акушерской клинике (1815), истории медицины (1826) [3]. В этот период И. П. Франк известен также созданием книги, внесшей значительный вклад в развитие общественного здоровья и здравоохранения как науки – «Полная система медицинской полиции». В этом девятитомном печатном труде И. П. Франк обосновывает основной тезис, согласно которому богатство страны состоит в многочисленном здоровом населении. Таким образом, здоровье населения впервые рассмотрено как важнейший потенциал общества и государства. Это перекликалось с идеей М. В. Ломоносова, обозначенной им в 1761 году в работе «О сохранении и умножении Российского народа», где обоснована ответственность государства за здоровье населения.

Сын И. П. Франка И. И. Франк (1771-1842) – известный клиницист, под руководством которого были реорганизованы научные лаборатории и музеи, созданы институт вакцинации и клиническая амбулатория с институтом домашней помощи (1806). Много внимания И. И. Франк уделял подбору и обучению научных кадров. Он подготовил профессоров, уроженцев Беларуси, – М. Гомолицкого, В. В. Герберского, Ф. А. Римкевича.

Видное место в укреплении авторитета медицинского факультета принадлежит ученому с европейским именем Е. Снядецкому (1766-1838) – противнику учения К. Линнея о неизменности живых форм органического мира. Енджей Снядецкий (1768-1838) – химик, врач, философ и просветитель. Более 40 лет жил и работал в Вильно, был профессором химии (1797-1822) и медицины (1826-1832).

В этой среде сформировались как крупные ученые многие выходцы из белорусских земель, которые внесли значительный вклад в развитие медицины. Часть из них продолжили свою научную деятельность в университетах Санкт-Петербурга, Москвы, Казани, Варшавы, Киева. Выходцами из Гродненских земель были, например, С. Б. Юндзилл, А. Л. Бекю, М. Л. Гомолицкий, В. В. Пеликан [4; 5; 6].

С. Б. Юндзилл (1761-1847), уроженец Лидского уезда, натуралист, один из первых исследователей белорусской флоры и фауны, священник (доктор богословия). Профессор натуральной истории в Главной школе ВКЛ. Организовал ботанический сад, оборудовал природно-исторический кабинет при Виленской академии из экспонатов, привезенных Ж. Жилибером. В своей педагогической деятельности столкнулся с отсутствием необходимых пособий и учебников. Очевидно, это во многом подтолкнуло его к работе, направленной на создание пособий с описанием лекарственных растений

Беларуси, Литвы и Польши. Автор научных трактатов по ботанике: «Описание лекарственных растений по системе Линнея» (за этот труд награжден королевской золотой медалью); учебник «Прикладная ботаника» (1799) и других. Прославился исследованиями растительного мира Беларуси, Литвы и Польши. Издал «Описание растений провинций Великого княжества Литовского» (1791) и «Основы ботаники» (1804).

А. Л. Бекю (1771-1824), уроженец Гродно, профессор кафедры патологии, гигиены и медицинской полиции, в 1804 г. выехал в Лондон для изучения методики оспопрививания, где познакомился с Э. Дженнером. Вернувшись в Вильно, А. Л. Бекю развернул широкую кампанию по внедрению вакцинации в белорусско-литовском крае, в 1808 г. открыл институт вакцинации. Он издал одну из первых монографий в России о вакцинации «О вакцине или так называемой коровьей оспе» (1803). По этому поводу министр народного просвещения России А. К. Разумовский писал: «Книга произвела в Литовском крае весьма полезные действия успешным распространением предохранительной оспы». Большое внимание А. Л. Бекю уделял вопросам устройства лечебных учреждений и гигиене. Ему принадлежит работа «Рассуждение об усовершенствовании больниц» (1807), способствовавшая улучшению постановки больничного дела в крае.

М. Л. Гомолицкий (1791-1861), уроженец Слонимского уезда, профессор кафедры физиологии, изучал вопросы переливания крови. Его докторская диссертация посвящена значению кровеносных сосудов при возникновении нервных болезней. Научные исследования М. Гомолицкого носили экспериментальный характер и были посвящены вопросам магнетизма, болезням сердца, но основное внимание он уделял проблемам переливания крови. Широко проводил опыты на животных, изучал переливание крови (работа «Исследования в области переливания крови (трансфузия) шприцем, производимые на собаках»). Исследовал историю Вильно и западных белорусских земель, изучал филологию и археологию.

В. В. Пеликан (1790-1873) родился в г. Слониме; изучал философию в Виленском университете и медицину в Медико-хирургической академии в Петербурге; был профессором кафедры теоретической и практической хирургии и хирургической клиники (с 1817), ректором Виленского университета (1826-1831); директором медицинского департамента Военного министерства (1846); председателем медицинского совета и ветеринарного комитета Российской империи; президентом Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии (1851-1864), председателем Медицинского совета министерства внутренних дел Российской империи. Разработал вопросы усовершенствования военных врачей по хирургии, заготовки лекарственных средств, дополнил каталоги лекарственных средств для госпиталей и войск.

Автор научных работ, опубликованных в журнале «Дневник медицины, хирургии и фармации» (издавался в Вильно): «Миология для учащихся» (1823), «О применении электричества в медицине» и других.

В 1921 году возможность получить высшее медицинское образование в Беларуси впервые в истории появилась и в Минске, с открытием медицинского факультета Белорусского государственного университета, который в 1930 году стал самостоятельным медицинским университетом.

В истории здравоохранения Гродненской области значимой вехой является период 1950-1960-х гг., когда после окончания Великой отечественной войны остро встал вопрос о подготовке врачей узких специальностей, которыми не были укомплектованы медицинские учреждения. Не менее трудное положение сложилось с укомплектованием медицинских учреждений средними медработниками. Постановлением Совета Министров БССР №541 от 9 августа 1958 г. и приказом Министерства здравоохранения БССР №75 от 14 августа 1958 года в целях улучшения работы здравоохранения, обеспечения подготовки медицинских кадров и научных исследований в городе Гродно был создан государственный медицинский институт с приемом в 1958/59 учебном году 250 студентов. Первоначально использовались приспособленные здания, расположенные на Колхозной площади, улицах Э. Ожешко и К. Маркса. Но уже в 1960 году был построен первый биологический корпус. В дальнейшем институту был передан строящийся административный корпус по улице Горького (1974 год). В 2000 году институт прошел аккредитацию на статус университета. К 2022 году у университета имеется уже 7 учебных корпусов, 5 общежитий, арендуются площади на 25 базах. В 2020 году Гродненской областной клинической больнице впервые в Беларуси присвоен статус Университетской клиники. В настоящее время учебно-материальная база университета включает учебные корпуса, Профессорско-консультативный центр, университетскую клинику, общежития, 5 спортзалов, 4 тренажерных зала, виварий, столовую, буфеты; в планах университета – создание студенческого городка.

В 2021 году Гродненский государственный медицинский университет стал первым среди всех университетов страны, получившим статус международной аккредитации.

Список литературы

1. Виленский университет – первый вуз в истории Литвы и Беларуси // SB. Беларусь сегодня. – [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <https://www.sb.by/articles/istochnik-znaniy-11072015.html> – Дата доступа: 01.04.2022.
2. Голубева, Л. Л. Виленский университет / Л. Л. Голубева // Белорусская юридическая энциклопедия: В 4 т. – Т. 1. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2007. – С.208-210.
3. Абаев, Ю. К. У истоков отечественной медицинской науки. Роль Виленского университета и Виленского общества врачей /Ю.К. Абаев// Здравоохранение. – [Электронный ресурс]. –

Адрес доступа: <https://www.zdrav.by/istoriya-meditsiny/u-istokov-otechestvennoj-meditsinskoj-nauki-rol-vilenskogo-universiteta-i-vilenskogo-obshhestva-vrachej/> – Дата доступа: 01.04.2022.

4. Гостев, А. П. Известные личности Гродно: Vive la Grodno / А. П. Гостев. – Херсон: Олді-ПЛЮС, 2015. – 252 с.
5. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Белоруссии / Г. Р. Крючок. – Минск, 1976. – 263 с.
6. Тищенко, Е. М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках / Е. М. Тищенко. Гродно, 2003. – 269 с.

КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Сурмач М. Ю.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье раскрывается история кафедры общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета. Показаны основные научные направления, разрабатываемые коллективом кафедры, вклад каждого из руководителей кафедры в её развитие, современные значимые для кафедры пути совершенствования качества деятельности. Особое внимание уделено аспектам международного сотрудничества.

Ключевые слова: кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Гродненский государственный медицинский университет

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SERVICE OF THE GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY: HISTORY AND MODERNITY

Surmach M. Yu.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Summary. The article reveals the history of the Department of Public Health and Health Service of Grodno State Medical University. The main scientific directions developed by the staff of the department, the contribution of each of the heads of the department to its development, modern ways of improving the quality of

activity that are significant for the department are shown. Particular attention is paid to aspects of international cooperation.

Key words: Department of Public Health and Health Service, Grodno State Medical University

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения относится к старейшим кафедрам Гродненского государственного медицинского университета. Она была создана в 1961 году и располагается в главном корпусе. По мере появления в университете новых факультетов – педиатрического, сестринского (затем ставшего медико-диагностическим), медико-психологического, факультета иностранных учащихся, – студенты, обучающиеся по вновь открываемым специальностям, становились студентами кафедры.

Название кафедры отражало трансформации, происходящие с дисциплиной «общественное здоровье и здравоохранение», в СССР и в независимых постсоветских государствах во второй половине двадцатого века. В год создания (1961) кафедра имела название «кафедра организации здравоохранения и истории медицины». В 1966 году она была переименована в «кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения». С 2001 года по настоящее время это «кафедра общественного здоровья и здравоохранения».

Первым заведующим кафедрой, под руководством которого происходило её становление, организация учебного процесса, был доктор медицинских наук, профессор Бржеский Владимир Чеславович. Его докторская диссертация была посвящена истории земской хирургии. В. Ч. Бржеский возглавлял кафедру на протяжении двадцати лет: с 1961 по 1982 годы. В этот период сотрудники проводили исследования по различным научным направлениям: изучение здоровья населения, его отдельных показателей (заболеваемость, заболеваемость с временной потерей трудоспособности, физическое развитие, инвалидность), организация лечебно-профилактической помощи, история отечественного здравоохранения.

В 1982 году кафедру возглавил известный историк медицины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Романович Крючок. В течение 1981-1986 годов коллектив кафедры выполнял научную тему "Разработка рекомендаций по диспансеризации и трудоустройству лиц предпенсионного и пенсионного возрастов, страдающих ишемической болезнью сердца". Приход на кафедру Г. Р. Крючка изменил преподавание и статус истории медицины. Лекции и практические занятия стали носить проблемный, методический характер. К сожалению, в связи с тяжелой болезнью жизнь Г. Р. Крючка безвременно оборвалась.

С 1987 по 2002 годы кафедрой руководил кандидат мед наук, доцент Биркос Александр Адамович. В 1993 году ему присвоено звание профессора. Коллектив кафедры изучал медико-социальные аспекты городской семьи, качество амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, качество работы среднего медицинского персонала.

В периоды с 2002 по 2005 и с 2013 по 2016 годы кафедру возглавлял доктор медицинских наук, профессор Тищенко Евгений Михайлович. Евгений Михайлович был учеником Г. Р. Крючка, одним из основоположников истории медицины в Республике Беларусь. Коллектив кафедры работал над совершенствованием преподавания общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела, истории медицины с учетом изменяющихся учебных планов на различных факультетах (лечебный, педиатрический, медико-психологический, медико-диагностический, иностранных учащихся). Впервые в республике был использован проблемный принцип преподавания истории медицины в один ряд, создана тематическая слайдотека.

В период от 2005 по 2013 годы Е. М. Тищенко являлся деканом сестринского факультета, который был трансформирован в медико-диагностический с отделением медицинских сестёр с высшим образованием, одним из его создателей. В это время кафедру возглавлял кандидат медицинских наук, доцент Заборовский Генрих Иванович. На кафедре проводились исследования по изучению организации оказания медицинской помощи населению на амбулаторном этапе, ряд работ были посвящены анализу репродуктивного здоровья женщин, медико-психологических аспектов распространения и потребления психоактивных веществ молодежью. Г. И. Заборовский и в настоящее время – старейший и самый опытный из числа сотрудников кафедры, который по сей день успешно делится с молодёжью своим педагогическим опытом.

За те недолгие шесть лет, когда кафедру возглавлял профессор Е. М. Тищенко, в организации учебного процесса стало уделяться значительное внимание развитию последипломного образования. Появилось обучение в магистратуре как второй ступени высшего образования, была начата подготовка клинических ординаторов по разделу общепрофессиональной подготовки («Управление здравоохранением»), открылись курсы повышения квалификации для старших и главных медицинских сестёр. Было начато формирование научных школ по истории медицины, общественному здоровью и здравоохранению. К сожалению, профессиональный путь профессора Е. М. Тищенко оборвался в самом расцвете. В 2020 году кафедрой в его память был издан «Сборник научных статей, посвящённый памяти профессора Евгения Михайловича Тищенко (к 60-летию со дня рождения)».

С 2016 года по настоящее время кафедрой руководит ученица профессора Е. М. Тищенко, доктор медицинских наук профессор М. Ю. Сурмач.

В 2015 г. на кафедре была защищена докторская диссертация на тему: «Репродуктивное здоровье и поведение молодёжи: медико-социологический анализ» по двум специальностям, одна из которых (14.02.05 социология медицины) являлась новой для Республики Беларусь, данная защита была первой в стране по этой специальности, медицинские науки. Доктор медицинских наук М. Ю. Сурмач являлась участником торжественной церемонии вручения дипломов доктора наук и аттестатов профессора Президентом Республики Беларусь А. Г. Лукашенко 12.02.2016 года.

В последние годы кафедра проводит исследования по научному обоснованию подходов к формированию здорового образа жизни в различных социально-возрастных группах населения, изучаются организационные технологии профилактики нарушений репродуктивного здоровья, управление рисками и технологии профилактики самоубийств, обосновываются организационные модели управления качеством медицинской помощи, исследуются аспекты имиджа здравоохранения. Под руководством профессора М. Ю. Сурмач выполнена межкафедральная (совместно с кафедрой психологии и педагогики) научная тема «Социальная ответственность как часть корпоративной культуры здравоохранения и фактор управления качеством медицинской помощи (на примере организаций кардиологического профиля)», по гранту Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований. Кафедра принимает участие в реализации проекта международной технической помощи Erasmus+KA2 «Определение целей и инструментов экспертной оценки для медицинского образования (здравоохранения)», в консорциуме из 14 университетов семи стран.

Организовано проведение на регулярной основе, разработаны программы и учебно-методическое обеспечение курсов повышения квалификации «Управленческие технологии в системе здравоохранения», «Социальный менеджмент», «Менеджмент сестринского дела», обеспечено начиная с 2020 года осуществление переподготовки по специальности 1-81 02 73 «Организация здравоохранения». В 2021 году организована работа филиала кафедры на базе ГУЗ «Островецкая Центральная районная клиническая больница».

Реализуются программы магистратуры по специальности 1-79 80 01 «Лечебное дело», профилизация «Общественное здоровье и здравоохранение», аспирантуры по специальностям 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки), 14.02.05 – социология медицины (медицинские науки) и докторантуры по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение (медицинские науки). Подготовка

в аспирантуре по социологии медицины начата впервые в Беларуси. В настоящее время по данной специальности обучаются аспирант и два соискателя, планируется поступление в 2022 году еще одного соискателя.

Кафедрой неоднократно организовывались конференции с изданием рецензируемых сборников научных трудов. Среди последних – такие конференции, как Международная научная конференция «Дни профилактической медицины и общественного здоровья Ломжа-Гродно 2019», семинар-тренинг с международным участием «Современные аспекты сестринского образования» Гродно, 2-4 октября 2019 г. (с Литовским университетом наук о здоровье и представительством ВОЗ в Республике Беларусь). К юбилею отечественного здравоохранения кафедрой в 2019 году издан сборник научных статей «К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области», в 2021-2022 годах принято активное участие в подготовке и издании рецензируемого сборника «Достижения современного сестринского движения и практики: к 30-летию высшего сестринского образования в Республике Беларусь».

Кафедрой уделяется большое внимание международному сотрудничеству: в развитии совместных научных исследований, в обеспечении качества образования.

Многолетнее сотрудничество связывает кафедру общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета с Медицинским университетом города Люблин, Польша. В последние несколько лет сотрудники кафедры были включены в состав Научного комитета двух международных конференций, организованных Медицинским университетом г. Люблин («Медицина 21 века – Международный медицинский конгресс студентов и молодых врачей», 07.04.2018, и «Заболелания пандемичные – эпидемиология, клинические исследования», 03.07.2021), реализуется совместный инициативный научный проект «Факторы, определяющие проблему избыточного веса и нарушений здоровьесберегающего поведения подростков, в Гродно и Люблине».

Налажено сотрудничество кафедры с ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова, г. Москва. В 2020-2021 годах на XI и XII Общероссийских конференциях с международным участием «Неделя медицинского образования» (Москва) заведующий кафедрой профессор М. Ю. Сурмач удостоена Благодарственных писем за вклад в организацию данных конференций.

Кафедра являлась инициатором заключённых в 2021 году договоров о сотрудничестве УО «ГрГМУ» с медицинскими университетами Республики Грузия, университетом науки и техники Хуачжун (г. Ухань, Китайская Народная

Республика). Совместно с университетом Хуачжун была подготовлена в 2022 году заявка международного научно-технического проекта.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения гордится не только своими профессорами и заведующими, но многими выдающимися профессионалами отечественного здравоохранения, государственными деятелями, коллегами, профессиональный путь которых так или иначе был связан с кафедрой: работа преподавателем, подготовка и защита диссертации, присвоение ученого звания. Это, например, Виктор Андреевич Лискович – председатель Постоянной комиссии Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь по образованию, науке, культуре и социальному развитию, кандидат медицинских наук, доцент, Елена Николаевна Кроткова – первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент, Сергей Иванович Букин – главный врач учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр Психиатрия-наркология», кандидат медицинских наук, Игорь Алексеевич Наумов – заведующий кафедрой общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор, и другие.

Несмотря на сложные геополитические процессы и глобальные эпидемиологические вызовы, кафедра уверенно движется вперед, находя новые горизонты роста в сотрудничестве.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ

Трусь Е. И., Чернюк В. В.

УО Гродненский государственный медицинский университет г. Гродно, Беларусь

Резюме. В статье рассмотрена организация оказания паллиативной медицинской помощи (ПалМП) на примере центральной районной больницы. Налажено взаимодействие между отдельными звеньями паллиативной помощи. Потребность в ПалМП не снижается, т. к. население стареет и растёт количество пациентов с тяжёлыми заболеваниями. Приведена действующая нормативная документация, регламентирующая оказание ПалМП. Проведен анализ некоторых показателей работы службы.

Ключевые слова. Паллиативная медицинская помощь, районный уровень.

ORGANIZATION OF PALLIATIVE CARE AT THE DISTRICT LEVEL

Trus E. I., Cherniuk V. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Abstract. The article presents the organization of palliative care as in the case of central district hospital. Interaction between the individual units of palliative was established. The need for palliative care is not decreasing because the population is aging and the number of patients with serious diseases is increasing. The current regulatory documentation regulating the palliative care is presented. Some performance indicators of the service are analyzed.

Key words: palliative care, district level.

Актуальность. Потребность в ПалМП не снижается. Структура заболеваний, при которых пациенты нуждаются в паллиативной помощи – широк, это онкологические заболевания, цирроз печени, ХПН, хронические заболевания сердца и лёгких в стадии декомпенсации и т.д. Хронические заболевания в результате прогрессирования на том или ином этапе завершаются декомпенсацией, которая продолжается до нескольких лет и являются причиной страданий пациентов и их близких. Качество жизни человека во многом зависит от его физического и психологического состояния, наличия духовных проблем. Для улучшения качества жизни пациентов практически во всех регионах РБ сформированы службы ПалМП. В каждой области есть внештатный специалист и структура оказания этой помощи.

По российским данным пациенты отделений паллиативной помощи чаще страдают онкологическими заболеваниями (34%) и ССЗ (38%) [1, с. 110]; Европейская ассоциация паллиативной помощи сообщает о 60% пациентов онкологического профиля и 40% с хронической соматической патологией; среди нуждающихся в ПалМП в РБ 73% пациентов с онкологическими заболеваниями [2]. Население стареет и «доживает» до серьёзных заболеваний. По данным ВОЗ в первую очередь в ПалМП испытывают потребность взрослые пациенты в возрасте старше 60 лет [1, с. 110]. Мы наблюдаем постарение населения РБ: если в 2017 году население в возрасте старше 60 лет и старше составляло 21.0%, то в 2020 – 22.4% [3, с. 22]. Кроме того, отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), по состоянию на 2019 год 572,6 на 100 тыс. населения [3, с. 123].

Удовлетворение желания пациента провести последние дни там, где он хотел бы, считается одним из основных этических принципов ПалМП.

Большинство пациентов ЗНО получают симптоматическое лечение на дому, средняя продолжительность жизни 1,5-2 года. В России умирает дома более 70% онкологических больных [4]. Место смерти – индикатор для выбора организованной формы ПалМП в конце жизни. Анализ количества пациентов, умерших дома, дает обоснование необходимости оказания ПалМП на дому.

Цель. Оценить состояние ПалМП населению на районном уровне.

Материалы и методы. Информационной основой проводимого исследования явились данные работы врача-онколога ЦРБ и амбулаторных карт пациентов за период с 2016 г. по первое полугодие 2020 года. Математико-статистический, аналитический методы, изучение и обобщение опыта.

Результаты. Оказание паллиативной медицинской помощи в ЦРБ осуществляется в соответствии со следующими нормативными документами.

1) Приказ МЗ РБ № 1318 от 10.12.2010 года «Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией».

2) Приказ МЗ РБ №1070 от 17.10.2014года «Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с хронической неонкологической болью».

3) Постановление МЗ РБ № 107 от 24.12.2014 года «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи».

4) Приказ МЗ РБ №1314 от 04.11.2019 года «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

Ведение пациентов данной группы осуществляется участковой службой на приеме, на дому и онкологом на приеме. Приказом ЦРБ назначены ответственные лица за оказание паллиативной помощи в организации здравоохранения, врач-онколог и медицинская сестра онкологического кабинета. Отдельные звенья паллиативной помощи взаимодействуют, начиная с бригад скорой медицинской помощи. В случае необходимости, по рекомендации участкового терапевта, осуществляется выезд узких специалистов (онколога, хирурга, невролога) на дом. Необходимые малоинвазивные вмешательства с целью облегчения состояния пациентов (эвакуация асцита, гидроторакса, санация, перевязка и обработка ран) осуществляется в день обращения пациента (родственников) по договоренности с зав. отделением. Сформирована база данных пациентов, получающих паллиативное лечение, 217 человек за исследуемый период. Пациенты онкологического профиля составили 207 (95.4 %) от общего числа, что значительно больше республиканского значения.

Помощь в лечении и подборе обезболивающей терапии району оказывают участковые больницы, паллиативный кабинет РНПЦ ОМР. В случае

необходимости, пациенты госпитализируются в стационар круглосуточного наблюдения. Стационарное лечение за исследуемый период прошли 106 пациентов, что составило 48.9 %.

Врачами назначается комплексная терапия болевого синдрома с использованием адъювантных препаратов, указанных в приказе № 1318, наряду с наркотическими анальгетиками. Всего получили обезболивание 136 (62.7%) пациентов. Чаще нуждаются в обезболивании как наркотическими препаратами так и ненаркотическими, мужчины (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов, получавших обезболивание за 2016 – первое полугодие 2020 гг.

Год	Обезболивание наркотическими препаратами		Обезболивание ненаркотическими препаратами		Всего
	м	ж	м	ж	
2016	24	12	12	5	53
2017	8	8	19	5	40
2018	13	8	3	1	25
2019	4	3	2	1	10
Первое полугодие 2020	3	-	4	1	8
Итого	52	31	40	13	136

Назначаются преимущественно неинъекционные анальгетики, реже используются инъекционные формы, в т. ч. слабые опиоиды. Применение инвазивных наркотических анальгетиков проводилось в случаях наличия противопоказаний к использованию СТТ, невозможности перорального приема препаратов, в случаях прорывной боли. Обоснование указывается в амбулаторных картах. В случаях повторных вызовов бригад скорой помощи сведения передаются к онкологу для принятия мер по коррекции болевого синдрома.

Участковой службой проводятся активные патронажи с целью контроля применения пациентами психотропных препаратов и опиоидных анальгетиков (в течение суток от момента коррекции, особенно при использовании наркотических анальгетиков).

Выводы. ПалМП на районном уровне оказывается в соответствии с требованиями республиканских нормативных документов. На местах утверждены приказы, назначающие ответственных лиц за тот или иной раздел работы. В нозологической структуре преобладают онкологические заболевания. В группе паллиативных пациентов проходят лечение не только с онкологическими заболеваниями, что улучшает подход к лечению

и наблюдению за данными пациентами. Налажено взаимодействие между отдельными звеньями паллиативной помощи. Около половины пациентов периодически проходили лечение в стационарах круглосуточного наблюдения. В лечении боли нуждались три из пяти паллиативных пациентов, пациенты мужского пола чаще.

Список литературы

1. Фадеева, Е. В. Паллиативная помощь в России: состояние и проблемы / Е. В. Фадеева // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – № 3. – С. 109-119.
2. «Боль терпеть нельзя». Как в Беларуси помогают больным на последней стадии рака [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://redcross.by>. – Дата доступа : 05.04.2022.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание] : офиц. Стат. Сб. за 2019 г. – Минск : ГУ РНПЦ МТ 2019. – 257 с.
4. Введенская, Е. С. О необходимости преподавания вопросов Паллиативной помощи в системе преподавания в системе высшего медицинского образования [Электронный ресурс] / Е. С. Введенская // Социальные аспекты здоровья населения – Вып. 09.07.2013. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/>. – Дата доступа : 05.04.2022

ОЦЕНКА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Ханенко О. Н., Кадейкина А. А.

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Резюме: Анализ современных научных исследований свидетельствует, что SARS-CoV-2 с момента интродукции в популяцию человека главным образом передается при реализации аэрогенного и контактного механизмов заражения. При этом решающую роль в многоуровневом подходе к профилактике COVID-19 играют неспецифические меры защиты, в особенности СИЗОД.

Ключевые слова: средства индивидуальной защиты органов дыхания.

EVALUATION OF THE PRACTICAL USE OF PERSONAL RESPIRATORY PROTECTION EQUIPMENT IN THE CONTEXT OF COVID-19 INFECTION

Hanenko O., Kadeikina A.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Abstract. An analysis of modern scientific research shows that SARS-CoV-2, since its introduction into the human population, is mainly transmitted through the implementation of aerogenic and contact mechanisms of infection. At the same time, non-specific protective measures, in particular RPE, play a decisive role in a multi-level approach to the prevention of COVID-19.

Key words: personal respiratory protection.

С момента интродукции SARS-CoV-2 в популяцию человека в конце 2019 года, источником инфекции является инфицированный человек. Анализ современных научных исследований свидетельствует, что SARS-CoV-2 главным образом передается от человека к человеку при реализации аэрогенного и контактного механизмов заражения.

Заражение вирусом SARS-CoV-2 может происходить в результате прямого или косвенного контакта, а также при нахождении в непосредственной близости от заболевшего (в тесном контакте) через выделения, содержащие вирус, – слюну и жидкий секрет из дыхательных путей или образующиеся из этих жидкостей мелкие капли, вылетающие в воздух при условных кашле, чихании и т. п. Клинические исследования, в ходе которых были собраны повторные биологические образцы от пациентов с подтверждённым диагнозом, показывают, что выделение SARS-CoV-2 происходит наиболее интенсивно из верхних дыхательных путей (ВПД) на ранних стадиях заболевания, в течение первых 3 дней с момента появления симптомов. Возможен также косвенный путь передачи, реализуемый за счет тесного контакта восприимчивого к инфекции человека с контаминированным предметом или поверхностью.

Передача возбудителя также возможна при окончании инкубационного периода, а также от лиц с бессимптомным течением инфекции, если источник COVID-19 находится в непосредственной близости от окружающих. Представления о том, как, когда и при каких условиях SARS-CoV-2 распространяется между людьми, имеет важнейшее значение для разработки эффективных мер в области общественного здравоохранения и профилактики COVID-19 [3]. Ключевым неспецифическим способом защиты в условиях инфекции COVID-19, принимая в условие доминирование аэрогенного

механизма передачи SARS-CoV-2, является применения медицинских и немедицинских масок.

При сравнении количества убедительных научных исследований в области эффективности применения масок в условиях COVID-19 до и после принятия статуса «пандемии» (11 марта 2020 года), прослеживается очевидное увеличение опытно подтвержденных данных, свидетельствующих об эффективности ношения масок в качестве нефармакологического вмешательства для уменьшения распространения инфекции. И имея в виду данные за январь-февраль 2022 года о высокой скорости распространения омикрон-штамма и вероятности риска нагрузки на систему здравоохранения на фоне растущего числа зараженных, фактически приводит к тому, что использование масок, как средства индивидуальной защиты органов дыхания в условиях COVID-19, должно приобрести статус обязательного элемента комплекса мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекции [3].

Однако, несмотря на должное информирование населения об обязанности соблюдения масочного режима в общественных местах и предоставлению подробных инструкций по их надлежащему использованию, хранению, утилизации для обеспечения максимальной эффективности применения, была выдвинута гипотеза о том, что в настоящее время отношение к практическому применению СИЗОД изменилось в сторону сознательного ограничения использования.

В связи с этим, было проведено исследование оценки отношения, знаний и практики использования масок среди студентов ВУЗов РБ в условиях пандемии COVID-19. Целевая аудитория исследования была выбрана как наиболее социально активная группа населения.

Как основной метод достоверного изучения общественного мнения в настоящее время широко применяется анкетирование. В данной дипломной работе основной направленностью анкетирования является изучение мнения респондентов для оценки отношения, знаний и практики использования масок в условиях пандемии COVID-19.

По полноте охвата анкетирование сплошного типа (опрос всех представителей выборки) по принципу самоотбора (участие в опросе – выбор респондента), по типу контактов с респондентами в 100% случаев анкетирование заочное (анкетёр отсутствует при опросе респондентов). Площадкой для создания онлайн-опроса по типу CAWI, сбора данных и фактической первичной статистической обработкой послужил Google Forms (forms.google.com).

Структура анкеты включает в себя 4 блока на 38 вопросов. Первый блок состоит из обязательных вопросов о базовых данных респондента (1-7):

исключает возможность идентификации отдельного респондента (отсутствие личных данных, например, ФИО респондента), так как некоторые участники имеют опасение неправомерного использования личных данных и сознательно неверно отвечают на поставленные вопросы. в ВУЗы РБ от первого до n-ого этапа исследования.

Второй блок анкеты состоит из обязательных вопросов (8-12) полукрытого типа: позволяет объективно оценить уровень социальной активности и степень социальных контактов респондентов, учитывая бесспорный факт интеграционного свойства, обучающегося в высшем учебном заведении (целевая группа респондентов) осуществлять осознанное, детерминированное (преимущественно им самим) взаимодействие с социальной средой.

Третий блок анкеты состоит из полубязательных и необязательных вопросов (13-18), касательно специфической защиты от COVID-19 и субъективного отношения респондентов к вакцинации против COVID-19: позволяет получить исчерпывающие данные о вакцинации и отношению к специфической защите от COVID-19 среди респондентов и предоставляет аргументированную базу для четвертого блока анкетирования.

Четвертый блок анкеты состоит из обязательных вопросов полукрытого типа (19-38) относительно неспецифической защиты в условиях COVID-19 и составляет генеральную часть анкетирования, соответствующую целеполаганию.

В первичном исследовании (23.03.22-4.04.22) оценки отношения, знаний и практики использования масок в условиях пандемии COVID-19 приняло участие 212 студентов ВУЗов РБ. Данное число респондентов свидетельствует о массовом статусе анкетирования. Первичная статистическая обработка: по полученным данным в анкетировании оценки отношения, знаний и практики использования масок среди студентов ВУЗов РБ в условиях пандемии COVID-19 приняли участие молодые люди от 17 до 25 лет. Среднее значение возраста (средний возраст генеральной выборки) – 22 года. В анкетировании приняли участие студенты из различных высших учебных заведений Республики Беларусь (БГУ, БГУИР, БГЭУ, МГЛУ, БНТУ, БГУКИ, БГУФК, БГМУ, ВГМУ, ГГУ им. Ф. Скорины, МИТСО, АУПРБ). По данным анкетирования студентами 1 курса обучения являются 31 человек (14,6%); студентами 2 курса – 16 человек (7,5%); 3 курса – 26 человек (12,3%); 4 курса- 124 человека (58,5%); 5 курса – 9 человек (4,2%); 6 курса – 2 человека (0,9%); в магистратуре обучаются 3 человека (1,4%); в аспирантуре обучается 1 человек (0,5%). Форма обучения 209 участников (98,6%) – дневная, 3 участников (1,4%) – заочная. По результатам, более половины участников (52,8%) проживают в общежитиях, проживают в частном доме/квартире – 31,1%, арендуют жильё – 14,6%. При этом в постоянном

контакте по месту проживания с ещё 1 человеком – 24,1% респондентов, с ещё 2 людьми – 34,4%, с ещё 3 людьми – 28,8% в независимости от места при 50,5% случаев проживания в 2-комнатном и 22,2% случаев в 1-комнатном месте жительства. Помимо этого, у 60,4% респондентов ежедневная продолжительность аудиторных занятий составляет 4-6 часов, у 25% – 6-8 часов. Также стоит отметить рабочую занятость респондентов, где из 71 (33,5% от всех респондентов) трудоустроенного человека только 12 (16,9%) работают дистанционно, при этом 14 (19,7%) работают в сфере здравоохранения, 20 (28,1%) – в сфере обслуживания. Полученный результат позволяет констатировать факт высокой социальной активности респондентов. По результату первичного исследования 123 (58%) респондента болели COVID-19, 33 (16%) респондента не болели, 56 (26%) респондентов затруднялись ответить на вопрос. При этом 53,2% выборки респондентов в процессе вакцинации не собираются её завершать, 53,8% выборки не вакцинированных респондентов не планируют вакцинироваться в принципе. Данный результат позволяет сделать вывод о том, что для более половины респондентов специфические меры профилактики COVID-19 не имеют практического значения, хотя данный вопрос не является целью данного исследования. По результатам оценки фактора доверия респондентов к мнению по поводу COVID-19 большая часть (74,1%) отдает предпочтение ВОЗ, научным исследованиям и опубликованным по ним статьям.

Переходя к основной части, анализируя поведение респондентов в различных условиях применения масок, был сделан вывод, что более 50% участников не соблюдают правила масочного режима и не используют собственные маски надлежащим образом, несмотря на то, что 75% участников считают соблюдение масочного режима основной мерой безопасности, приемлемой в условиях COVID-19. В дополнение лишь 13,2% всегда соблюдают правила масочного режима (по их субъективной оценке) в сравнении с 62,7%, знакомых с правилами масочного режима, однако же соблюдающих их эпизодически, редко. Аргументами к данному противоречивому отношению 68,9% участников считают последствия для здоровья (например, дерматологические проблемы), 36,8% участников признают недостаток ответственности, 34,9% участников подтверждают отсутствие контроля, 31,6% участников связывают со стоимостью, 10,4% участников недостаточно осведомлены. Стоит отметить также, что 40,1% участников в настоящее время, в сравнении с началом пандемии, используют маски для личного пользования реже, а 12,3% респондентов не используют маски вовсе.

Приведенные результаты первого этапа исследования констатируют факт изменения отношения к масочному режиму в условиях инфекции COVID-19 в отрицательную сторону и позволяет оценить качество практического

применения масок как несоответствующее должному. Сочетая условие ограничения в отборе респондентов, по принципу «наиболее социально активной группы населения» с полученными результатами исследования, делается вывод о необходимости рассмотрения статуса масочного режима в настоящее время.

Список литературы

1. COVID-19 – этиология, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика : учеб.-метод. пособие / Н. Д. Коломиец, [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2020. – 222 с.
2. Wang S., Guo L., Chen L. et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China // Clin. Infect. Dis. – 2020.
3. Выбор средств индивидуальной защиты при COVID-19 / О. Н. Ханенко, Н. Д. Коломиец, О. В. Тонко, О. Н. Романова, А. А. Ключарева // Клиническая инфектология и паразитология. – 2020. – Т. 9, № 2. – С.170-185.
4. World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19: interim guidance. 2020.
5. WHO – World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020d. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
6. Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. Emerg Infect Dis. 2020;26(8).

100 ЛЕТ НАУКЕ О ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА – СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЙ МЕГАПРОЕКТ Н. А. СЕМАШКО

Хильмончик Н. Е.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Беларусь

Резюме. 100 лет назад в 1922 г. вышел в свет труд – «Наука о здоровье общества (социальная гигиена)» видного организатора системы здравоохранения в СССР Николая Александровича Семашко(1874-1949).

Благодаря предложенной Н. А. Семашко и внедрённой под его руководством централизованной системе здравоохранения (далее по тексту – «модель Семашко») были в короткие сроки преодолены разрушительные социально-медицинские последствия революций и войн, и достигнуты немалые успехи в общественном здравоохранении в последующие годы.

Централизованный уклад и порядок развития в медицине СССР был наиболее приемлемым, важным и сыграл значительную роль в первые годы советской власти. Система гарантировала оптимальный уровень

здравоохранения, требующийся для профилактики и лечения наиболее социально значимых заболеваний начала 20 века, а также комплексный, всеобъемлющий охват населения услугами здравоохранения.

Ключевые слова. Медицинская помощь, Семашко Н. А., система здравоохранения, СССР, заболеваемость, пациент.

100 YEARS OF PUBLIC HEALTH SCIENCE – SOCIAL AND MEDICAL MEGA PROJECT N. A. SEMASHKO

Khilmonchik N. E.

Educational institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Abstract. 100 years ago, in 1922, a work was published – "The Science of Public Health (Social Hygiene)" by Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949), a prominent organizer of the healthcare system in the USSR.

Thanks to the proposed N.A. Semashko and the centralized health care system introduced under his leadership (hereinafter referred to as the "Semashko model") were quickly overcome the devastating socio-medical consequences of revolutions and wars, and considerable progress was made in public health in subsequent years.

The centralized way and order of development in medicine in the USSR was the most acceptable, important and played a significant role in the first years of Soviet power. The system guaranteed the optimal level of health care required for the prevention and treatment of the most socially significant diseases of the early 20th century, as well as comprehensive, comprehensive coverage of the population with health services.

Keywords. Medical care, Semashko N. A., healthcare system, USSR, morbidity, patient.

Модель Н. А. Семашко была разработана как многоуровневая система оказания медицинской помощи с четкой высокодифференцированной архитектурой провайдеров услуг, в которой каждому уровню (была предложена пятиуровневая система) соответствовали показатели здоровья пациента, тяжесть, течение и период заболевания (районные и центральные районные больницы, городские и областные больницы, больницы республиканского подчинения), сводившаяся к предоставлению населению эффективной специализированной помощи.

В концептуальную схему государственной системы здравоохранения Н. А. Семашко выдвинул несколько обязательных положений: «единые принципы организации и централизации системы здравоохранения; равный

доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан; приоритетное внимание детству и материнству; единство профилактики и лечения; устранение социальных основ болезней; участие общественности в здравоохранении» [1].

Основными принципами здравоохранения в рамках «модели Семашко» были: 1) государственный характер (государственное планирование и финансирование, централизация управления, бесплатная и общедоступная медицинская помощь гражданам); 2) профилактическая направленность (борьба с эпидемиями и социальными заболеваниями; вакцинация; санитарно-просветительная работа; улучшение условий быта и труда, борьба с профессиональными вредностями; борьба алкоголизмом и наркоманией и др.); 3) участие населения в здравоохранении (под лозунгом «здоровье трудящихся – дело рук самих трудящихся» создавались общественные комиссии по оздоровлению труда и быта, силами народной самодеятельности и активистов проводились массовые инсценировки и спортивные мероприятия, которые пропагандировали чистоту, культуру быта и др.); 4) единство медицинской науки и практики здравоохранения (в специализированных медицинских НИИ проводилась клиническая работа и др.).

Ключевым звеном или фигурой «модели Семашко» был участковый врач. Он отвечал за оказание медицинской помощи населению на своем территориальном участке.

Для централизованного управления здравоохранением по всей стране впервые в истории мировой медицины была создана специальная организация – Народный комиссариат здравоохранения (НКЗ, Наркомздрав) РСФСР во главе с народным комиссаром. Его создание было закреплено в декрете правительства РСФСР от 11.07.1918 г. за подписью Председателя СНК РСФСР В. И. Ленина. Соответствующие комиссариаты позже были созданы и в союзах республиках, включая БССР. Н.А. Семашко возглавлял Наркомздрав РСФСР до 1930 г.). В ведение НКЗ были переданы все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. В период новой экономической политики (НЭП) были допущены элементы частной собственности. Но после 1929 г. с окончанием НЭП частное здравоохранение в СССР было упразднено.

Концентрация ресурсов в руках одного ведомства позволяла даже в условиях ограниченности средств добиться достаточно серьезных результатов в преодолении инфекционных заболеваний, которые после 1917 г. и начале 1920-х носили характер эпидемий (тиф, дизентерия и др.). Были достигнуты значительные успехи в снижении материнской и детской смертности, в профилактике социальных болезней (туберкулез, венерические болезни, трахома и др.).

Благодаря «модели Семашко» в СССР была выстроена оригинальная система медицинских учреждений, позволившая обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения, как в крупных городах так и в регионах, включая отдаленные села и поселения: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) → районная поликлиника → районная больница → областная больница → специализированные институты.

В 1920-е годы составляющими единой системы здравоохранения были: 1) гражданское здравоохранение; 2) военное здравоохранение; 3) система пенитенциарных (тюремных) учреждений; 4) страховая медицина (обеспечение медицинской помощью застрахованных рабочих и служащих, было введено обязательное медицинское страхование лиц, занятых наемным трудом). Некоторое время существовала также частная медицинская практика, но к концу 1920-х гг. она и страховая медицина были упразднены.

К 1929 г. в селах и городах была создана единая государственная система здравоохранения. К началу 1930-х гг. создана единая система подготовки кадров, а также Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ), Всесоюзная государственная санитарная инспекция (ВГСИ), Всесоюзное объединение курортов (Союзкурорт) и др.; общесоюзное законодательство в здравоохранении; всесоюзные научные медицинские общества и съезды, НИИ; сектор в Госплане СССР (1930) и ЦСУ СССР и др.

Доступность медицинской помощи определялась также ее бесплатностью практически для всех граждан (за исключением деклассированных элементов в 1920-е – начале 1930-х гг.). Важной составляющей стала диспансеризация населения. Люди по месту жительства были прикреплены к участковым поликлиникам, а уже в случае необходимости для дальнейшего лечения заболеваний направлялись на более высокие ступени системы здравоохранения (больницы, медицинские центры, специализированные научно-исследовательский институты с клинической работой и др.). Таким образом, фактически была создана своего рода пирамида охраны здоровья населения страны.

Отдельного внимания заслуживает создание системы охраны здоровья детей, которая была частью общей системы здравоохранения. Система педиатрических лечебно-профилактических учреждений по основным уровням и принципам организации повторяла систему для взрослых. Фактически, буквально с рождения государство заботилось о своих маленьких гражданах. Ну а если сформулировать точнее, то заботу государство начинало проявлять еще до рождения ребенка. Важнейшим направлением стала охрана материнства и младенчества. Тут также была организована такая же вертикальная система, созданная фактически тоже по принципу пирамиды:

женские консультации → районные (или городские) родильные дома → специализированные педиатрические институты.

Приоритетной государственной задачей стала охрана здоровья рабочих и служащих. Поэтому важным направлением развития медицинской помощи в «модели Семашко» стала охрана труда на предприятиях и в учреждениях и борьба с профессиональными заболеваниями на различных производствах с вредными условиями труда. Рабочие считались одним из важнейших стратегических ресурсов страны («живые ресурсы страны»). На всех крупнейших заводах и фабриках постепенно были созданы медсанчасти, следившие за условиями труда и здоровьем рабочих. Еще на многих предприятиях были созданы профилактории для оздоровления рабочих.

В контексте продвижения профилактического направления первоочередной задачей каждого врача и всей системы лечебных учреждений являлось предотвращение болезни. В контексте представлений о социальной обусловленности болезней болезнь рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных условий и неправильного образа жизни. Очень мощное развитие получило санитарное просвещение, направленное на повышение личной и общественной культуры здоровья, обеспечение здорового образа жизни, культуры быта и др.

Особое внимание уделялось социальным болезням – венерические болезни, туберкулез и алкоголизм. Была создана система специализированных диспансеров, которые должны были не только лечить, но и следить за условиями жизни больных, информируя органы власти о несоответствии этих условий санитарным нормам и потенциальной угрозе, которую больные могут представлять окружающим.

Оздоровлению широких народных масс и профилактике заболеваний должно было способствовать санаторно-курортное лечение. Санатории, подчинялись Наркомздраву, а дома отдыха – профсоюзам, которые также вовлекались в общегосударственную политику охраны здоровья.

Мощнейший импульс получило развитие санитарии и гигиены, как личной так и общественной. Не малое внимание отводилось благоустройству мест проживания, созданию надлежащих жилищно-коммунальных условий. Конечной целью санитарной политики государства была объявлена борьба с «жилищными нуждами беднейшего населения.

В настоящее время общепринято считать, что только 10% здоровья человека зависит от системы здравоохранения, а все остальное определяется другими факторами, включая условия и образ жизни. Фактически, под влиянием трудов Н. А. Семашко стало активно развиваться влияние на здоровье человека таких факторов как условия труда, условия жизни, культура быта и др. А по факту происходило формирование того, что

в современных условиях называют ответственное отношение к своему здоровью.

К сожалению, у системы здравоохранения в СССР были и недостатки. Например, дефицитом качественных услуг и лекарств, отставание по ряду позиций из-за идеологических догм (например, ситуация с генетикой), финансирование по остаточному принципу при увеличении стоимости нового оборудования и новых лекарств (общемировая тенденция) и др. «Модель Семашко» бесспорно требовала адаптации к изменившимся условиям.

Но надо признать, что за счет интеграции усилий других служб здравоохранения «модель Семашко» была достаточно рентабельной. За счет того, что она была относительно недорогой, медицинские услуги были доступны для всех и предоставлялись совершенно бесплатно. Государственная политика в области здравоохранения и бюджетное финансирование медицинских услуг стали достижением цивилизационного масштаба. И в дальнейшем ее элементы были заимствованы другими странами (Великобритания, Канада, Швеция, Дания, Ирландия, Италия и др.) На конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи 1978 г. система первичной медико-санитарной помощи в СССР была признана одной из лучших в мировой практике.

Именно бюджетная система по сравнению с другими системами (частная, страховая) обеспечивает высокий уровень доступности медицинской помощи для широких слоев населения, более равные и высокие показатели здоровья при относительно более низких расходах. Доказательством является адаптированная система здравоохранения Великобритании. С точки зрения общественного интереса важнейшее значение приобретает максимально возможный уровень социального благосостояния граждан, который не мыслим без важнейшей составляющей – жизни и здоровья человека.

Советская система здравоохранения была основана на общественной солидарности. Она ориентировала врача на выполнение врачебного долга, а не на получение прибыли. И строилась она не на пустом месте, а на мощнейших идеях русской медицины, в том числе земской медицины, которая также не имеет аналогов в истории мировой медицины. Многие из идей модели Семашко были сформулированы известными русскими врачами еще до 1917 г. Но на тот момент широкого развития и государственной поддержки они не получили.

В течение многих столетий, фактически вплоть до XIX в., здоровье человека было его частным делом. Многие зависело от финансовых возможностей человека. Хотя и существовали институты поддержки сирых и убогих, которые создавали и финансировали филантропы, цари, короли, императоры и, конечно, церковные организации. Но именно как социально-

медицинский мегапроект, который на всех уровнях поддерживало, финансировало и развивало государство, здравоохранение впервые получило развитие в СССР благодаря Н.А. Семашко и его сподвижникам.

Список литературы

1. Архипов, А. П. Социальное страхование/ учебник и практикум для академического бакалавриата / А. П. Архипов. – 2-е изд. – М.: Юрайт, 2019. – 301 с.
2. Глушанко, В. С. Общественное здоровье и здравоохранение : пособие / В. С. Глушанко; под ред. В. П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 491 с.
3. Егорышева, И. В. Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения 2022 года / И. В. Егорышева, Е. В. Шерстнева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 6. – Пор. № 15.
4. Механик, А. Пирамида Семашко / А. Механик // Эксперт. – 2011. – №30-31 (764). – Режим доступа: <https://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/>. – Дата доступа: 11.04.2022.
5. Петрище, Т. Л. История медицины и фармации : курс лекций / Т. Л. Петрище ; под ред. В. С. Глушанко. – 3-е изд. – Витебск : ВГМУ, 2014. – 567 с.
6. Руденков, И. В. Первый советский нарком здравоохранения Николай Семашко – основоположник образцовой системы медицинских учреждений / И. В. Руденков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 2 (114). – С. 119-123.

PROFESSIONAL SOCIALIZATION OF MEDICAL COLLEGE STUDENTS: MOTIVATIONAL ASPECT

Chernyshkova E. V., Yurova I. Yu., Chernyshkov D. V.

Saratov State Medical University
named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

Summary. The article analyzes the influence of motivational aspect on professional socialization of medical college students based on the results of the study conducted at Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky (N=75). The study allows us to conclude that creative motives are among the least common motives for students choosing the profession of nurses; the most common are utilitarian, social and prestige motives. The most common need is self-actualization. The level of subjective feeling of loneliness, which is an important indicator of success in professional socialization, negatively correlates with mood.

Key words: professional socialization, nursing staff, students, motivation.

Nowadays, secondary medical education is not only as an independent, completed stage, but is often a "transitional stage" between school and university.

The prestige decrease of nursing profession and vague ideas of applicants and students on specifics of their work initiate the search of opportunities for additional activities aimed at students' inclusion in the professional environment and implementation of their professional socialization with greater efficiency. The motivational sphere is, in a certain sense, the highest one, determining whether the internal attitudes of an individual are syntonetic or not to professional obligations [1, 7, 8]. The influence on motivation can be considered as a mechanism of educational process optimization.

The purpose of this research is to study the motivational aspect of medical college students' professional socialization.

To study motivational sphere of personality, the level of subjective feeling of loneliness and indicators of mental state, a research has been conducted at Saratov State Medical University. The random sample included 75 medical college students (65 females, 10 males) of the 1st – 3d courses, taking a degree in specialties: "Nursing", "Orthopedic Dentistry", "Pharmacy" and having a wish to take part in the psychological study. The age of respondents varied within the range of 15-21 years, the average age of the sample has been 17 years.

The following methods have been used in the study: "Methodology for determining the main motives for choosing a profession" (E.M. Pavlyutenkov), "Hierarchy of needs" (model type by I.A. Akindinova), the questionnaire "Well-being, activity, mood" (WAM) [2-5].

The first method (E.M. Pavlyutenkov) made it possible to determine what kind of motives the research subject was guided by when entering the educational institution. For overall vision of motivational sphere of those entering the medical college, all scales (groups of motives) of this methodology have been used in the study. I.A. Akindinova's method made it possible to study motivational sphere as one having a hierarchical structure (in accordance with A. Maslow's theory of needs), which is greatly contributed to its further more convenient interpretation to find out the interrelation with the results of other methods. The "Well-being, activity, mood" (WAM) questionnaire is a kind of state and mood questionnaires, and the generalized nature of scales in this method has become the main reason for choosing it. The study of psycho-emotional state in basic terms made it possible to consider this state as an indirect indicator of students' adaptation degree and success in the process of professional socialization.

Processing of mathematical data has been carried out with the use of statistical analysis of "Microsoft Excel" program. For each of different scales, their own intervals have been taken, with the help of which the frequency of one or another trait degree in the sample has been estimated. Dependences have been evaluated by calculating the correlation coefficient. The primary evaluation of dependencies has been done by comparing all scales with each other using the

"Microsoft Excel" program. Pearson correlation coefficient has been calculated as well. In cases where the distribution of one trait differed from the normal one, an additional check control has been used by calculating Spearman rank correlation coefficient, which is more suitable for such cases. Both coefficients (Spearman and Pearson) have been compared to critical values; after that a conclusion has been made whether this correlation is significant for the current sample.

As a result of the conducted study, it has been revealed that, firstly, an average hierarchy of motives associated with occupational choice can be called formalized and developed. According to calculated average numbers, the most common motives are utilitarian (such as admission assurance to medical school). The average of utilitarian motives is 8,724 according to the whole sample. The second place belongs to social motives; their average value in the sample is 8. Social motives aim at promotion of social progress; their great role in students' occupational choice means that they understand and accept universal goals, human values and demands that are so important in medical practice. In the third place there are prestige motives (average in the sample – 7.897). Creative motives turned out to be the least significant (average value – 5.983). In the process of cross-correlation analysis by Excel (table calculation of Pearson coefficients), a significant correlation (at the level of 0.05) has been found between cognitive motives of occupational choice and the level of subjective feeling of loneliness. Recalculation by Spearman rank correlation has given the same results, Spearman correlation coefficient has been 0.32 with a significance level of 0.05.

An increase in the level of subjective feeling of loneliness, along with an increase of cognitive motives role, can be explained by the existence of certain standards common in student community, where cognition of the world and getting special knowledge are rather instrumental things than a goal in itself. Thus, the focus on cognition, paradoxically, has an ambiguous effect on professionalization in general, negatively affecting professional socialization.

A correlation analysis of motive mutual influence for choosing a profession along with a mental state (using "Diagnostics of well-being, activity and mood" method) has also revealed a weak positive relationship between activity and social motives. Spearman rank correlation coefficient is 0.29, which means to be a true relationship at a significance level of 0.05. This dependence can be interpreted as follows: social motives serve as a source of activity in student community. The focus on society, being an important part (in a certain sense, the foundation) of professional socialization, has a strong influence on it, as evidenced by higher activity.

During the study of motives hierarchy, the results have been obtained that make it possible to describe how certain needs are distributed. At the same time, according to the author of modification method, this sample is sufficient mood

evaluation within the community (in our case, this is sample rate of medical college students). Here are the average values for all five scales: material needs – 21.83; safety needs – 19.29; needs in interpersonal relationships – 18.98; esteem needs – 19.67; needs for self-actualization – 23.52.

These results have revealed that, in general, the needs for self-actualization, as well as for material values prevail among students. The most significant correlations have been identified by Excel program using cross-correlation analysis (Pearson coefficient). So, it appeared to be that esteem need has a weak negative correlation with all scales of WAM methodology: correlation with well-being – 0.35; with activity – 0.3; with mood – 0.24. All three values are significant for this sample (N=75) (significance level is from 5% to 1%); however, the distribution abnormality required additional analysis using Spearman rank correlation test.

The correlation coefficients according to Spearman appeared to be somewhat lower: the correlation with well-being and mood is 0.17, with activity – 0.24 and is statistically significant at the level of 0.05.

In the process of primary cross-analysis using Pearson coefficient, a weak positive correlation of self-actualization need with activity has been found (0.21). It can be assumed that the dependence of activity on self-actualization need is not so unambiguous. It should be taken into account that the activity parameter is extremely dynamic and it depends on a large number of other parameters. In other words, a more detailed study of this and similar dependences requires the use of a large number of more complex methods, i.e. data processing methods similar to multivariate analysis of variance.

Interpreting the obtained data, it can be assumed that even not evident decrease in general well-being indicators (especially activity) among students who feel the need for respect from others is due to several reasons. Firstly, the educational environment does not provide sufficient opportunities for realization of this type of needs, therefore, within its framework, the activity indicator decreases. Secondly, a decrease of activity in esteem needs can be adolescence throwback, when peer respect results from demonstration of independence, reaching negativism in relation to the educational environment. The need for self-actualization, on the contrary, causes a slight increase in activity level.

The results of the study made it possible to identify the most common motives for choosing a profession among medical college students: utilitarian, social and prestige motives. The least common are creative motives. The study of the hierarchy of needs has showed that the most common need is self-actualization. During the analysis of data, a statistically significant weak negative correlation has been found between the degree of esteem needs and the activity indicator. This fact can be explained from the standpoint of the lack of sufficient opportunities for

realization of this type of needs within the educational environment, as well as the age characteristics of the respondents.

Literature

1. Pavlyutenkov E. M. Formation of motives for choosing a profession. – Kyiv, 2000.
2. Handbook of a practical psychologist / Comp. S.T. Posokhova, S.L. Solovyov. – M.: AST; St. Petersburg: Sova, 2008. – 671 p.
3. Practical psychodiagnostics / Ed. D.Ya. Raygorodsky. – Samara: BAHRAKH-M, 2001. – 672 p.
4. Karelin A. Big encyclopedia of psychological tests. – M.: Eksmo, 2007. – 416 p.
5. Belozertsev E., Usachev A. To the question of category "cultural and educational environment" status // Alma mater (Vestnik vysshey shkoly). – 2003. – No. 9. – P. 30-36.
6. Berger P., Lukman T. Social construction of reality. Treatise on the sociology of knowledge. – M.: Medium, 1995. – 325 p.
7. Andriyanova E. A., Chernyshkov D. V., Kuznetsova M. N., Gorshenina V. I. Contemporary foundations of the professional socialization of the college students // International Research Journal. Sociological Sciences. Protoplasma. – 2016. – № 1. – С. 84.
8. Veretelnikova Yu. Ya., Chernyshkova E. V., Belyakov A. Ye. Medical students' personal determinants of overcoming strategies in difficult situations // Saratov Journal of Medical Scientific Research. – 2013. – Т. 9. – No. 1. – P. 132-136.

КОГНИТИВНАЯ ФЛЕКСИБИЛЬНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Чернышкова Е. В., Андриянов С. В., Андриянова Т. А.

Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, г. Саратов, Россия

Резюме. В статье представлены результаты исследования влияния когнитивной гибкости на социальную адаптацию студентов-медиков. В результате эмпирического исследования выявлены: средний уровень развития когнитивной гибкости студентов; дезадаптивные нарушения в процессе социально-психологической адаптации. Определены поведенческие стратегии, требующие психолого-педагогической коррекции: избегание проблемных ситуаций; фрустрированное стремление к доминированию или излишней ведомости; отсутствие определённости в эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям.

Ключевые слова: когнитивная гибкость, профессиональное развитие, специалисты медицинского профиля.

COGNITIVE FLEXIBILITY AS A CONDITION FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF FUTURE MEDICAL SPECIALISTS

Chernyshkova E. V., Andriyanov S. V., Andriyanova T. A.

Saratov State Medical University
named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

Summary. The article deals with the results of the study of cognitive flexibility influence on social adaptation of medical students. As a result of the empirical study, it was determined that the level of development of students' cognitive flexibility was medium and there were also maladaptive disorders in the process of socio-psychological adaptation. The following behavioral strategies that require psychological and pedagogic correction were identified: avoidance of problem situations; frustrated striving for dominance or overbearing; lack of certainty in the emotional attitude to ongoing reality, surrounding objects and phenomena.

Key words: cognitive flexibility, professional development, medical specialists.

Современная медицина находится в ситуации постоянной профессиональной трансформации. К самой профессии, да и к личности врача требования постоянно усложняются. Медицинская практика, помимо профессиональных, детерминирована сегодня множеством экономических, социальных и культурных проблем. Перед врачом ежедневно встает проблема вариативности выбора. Новая реальность развития медицины связана с ускорением темпов технологизации и цифровизации, от личности врача требуется разностороннее развитие, высокий динамизм и активность. Большое значение приобретает способность быстро и безошибочно ориентироваться в происходящих процессах, вовремя перестраиваться в изменяющихся обстоятельствах, разрывать старые связи и легко устанавливать новые, что определяет необходимость наличия и развития когнитивной гибкости.

Именно поэтому в центре нашего исследовательского интереса оказалась проблема когнитивной гибкости как условия профессионального развития специалистов медицинского профиля.

Термин «когнитивная гибкость» широко применяется в отечественной и зарубежной когнитивной психологии. Теа Ионеску выделил когнитивный и личностный уровни изучения когнитивной гибкости, на которых данный конструкт рассматривается как свойство когнитивной системы, основанное на взаимодействии различных механизмов познания, актуализирующихся в ответ на требования среды для достижения гибкого поведения [1]. На когнитивном уровне работают такие

механизмы познания, как исполнительные функции, внимание, репрезентации, восприятия, согласование параметров задачи с целями, мониторинг конфликтов, предшествующих знанию. На личностном уровне психические свойства обеспечивают взаимодействие сенсомоторных механизмов с механизмами познания и условиями развития конкретного индивида. Поведенческими проявлениями когнитивной флексибельности выступают способность к адаптации в новых условиях и созданию новых идей, способность менять привычный ход мыслей в новых условиях, адаптивная способность в рамках приобретения нового опыта, освоение новых стратегий познания и изменение привычного способа решения задач.

Прикладное назначение теория получила в использовании интерактивных обучающих технологий, которые основываются на развитии навыков оперирования разнородной неструктурированной информацией, анализе нескольких точек зрения, а также на умении соотносить информацию с предшествующими кейсами.

Связь когнитивной флексибельности и социальной адаптации в психолого-педагогическом направлении представляет интерес при разработке принципов и методов профессиональной подготовки врачей. В этой связи, следует обратиться к работам отечественного ученого В. А. Бодрова, посвятившего свою жизнь психологии профессиональной деятельности, профессиональному обучению и подготовке личности профессионала, профессиональной адаптации и профессиональной мотивации [2]. На самом деле, используя методологию В. А. Бодрова, становится возможным представить связь когнитивной флексибельности как условия взаимной адаптации человека и профессиональной деятельности. Адаптация лежит в основе профессиональной пригодности, поскольку выражает степень соответствия между возможностями человека освоить и успешно выполнять определенную профессиональную деятельность. Применительно к теории профессионализации В. А. Бодрова, когнитивную флексибельность можно рассматривать в рамках процесса развития личности обучающегося, прежде всего, как профессионально-важное качество врача. В процессе социализации, когнитивная флексибельность проявляется в преобразовании субъектом деятельности социального опыта в собственные профессионально-ориентированные личностные установки, возможности решения не только профессиональных, но и общественных задач. Безусловно, когнитивная флексибельность встроена в процесс профессионального самоопределения и самореализации, поскольку формирует поведенческий спектр профессионала.

На кафедре философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского проведено исследование влияния когнитивной флексибельности на

социальную адаптацию студентов-медиков. Использовался следующий диагностический инструментарий: Опросник когнитивной гибкости (С. С. Кургинян, Е. Ю. Осаволук); который является русскоязычной версией опросника «Cognitive flexibility inventory». Методика предназначена для измерения трех аспектов когнитивной гибкости: склонности к восприятию трудных ситуаций как контролируемых; способности к осознанию нескольких вариантов объяснения жизненных событий и поведения человека; способности к воспроизведению разнообразных способов выхода из трудных ситуаций [1]. Выраженность данных аспектов когнитивной гибкости у индивида свидетельствует об адаптивности его поведенческих реакций в ответ на трудные жизненные ситуации. В свою очередь, их недостаточная выраженность может служить признаком наличия или же появления патологических реакций в ответ на переживаемые трудности в жизни. Опросник когнитивной гибкости – это краткий самоотчет, который позволяет осуществлять оценку степени осознания индивидом своей способности давать возможные объяснения переживаемым жизненным событиям, трудным ситуациям, с которыми он сталкивается, и предлагать различные варианты выхода из них.

«Диагностика социально-психологической адаптации личности (А. К. Осницкий, Т. В. Снегирева). Опросник был разработан К. Роджерсом и Р. Даймонд в США в 1954 году. На русском языке адаптация опросника была опубликована в 1987 году кандидатом психологических наук Т. В. Снегирёвой. В 2004 году в журнале «Психология и школа» была опубликована модифицированная кандидатом психологических наук А. К. Осницким версия опросника, получившая с тех пор заметное распространение [3].

Характеристика выборки: студенты 1-6 курсов лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского (N=212), 146 женщины и 66 мужчины, средний возраст – $23,78 \pm 2,35$ лет.

В результате исследования были выявлены средние показатели по обеим методикам. Когнитивная гибкость зависит от возраста респондентов, что представлено в наличии положительной корреляционной зависимости возраста и компонента «Альтернатива» ($r=0,32$). Это говорит о том, что с возрастом развивается склонность к восприятию трудных ситуаций как контролируемых и способность к осознанию нескольких вариантов объяснения жизненных событий и поведения человека. Следовательно, развивается когнитивная гибкость на уровне психических процессов.

Анализ дезадаптивных нарушений по методике «Диагностика социально-психологической адаптации личности» показал, что у 110 студентов присутствуют

признаки нарушений адаптации по компонентам «Эскапизм» (n=77), «Стремление к доминированию» (n=25) и «Эмоциональный комфорт» (n=18).

На втором этапе анализ были оценены зависимости особенностей адаптивности студентов от компонентов когнитивной флексибельности.

	Альтернативы	Контроль	Интегральный показатель когнитивной флексибельности
Адаптация	0,422	0,724	0,693
Самопринятие	0,399	0,656	0,638
Принятие других	0,352	0,626	0,589
Эмоциональный комфорт	0,329	0,654	0,593
Интернальность	0,411	0,631	0,631
Стремление к доминированию	0,270	0,486	0,458
Эскапизм	-0,064	-0,541	-0,357

Корреляции компонентов адаптивности и когнитивной флексибельности преимущественно положительные. Отрицательные корреляции присутствуют между шкалами «Контроль» и «Эскапизм». Это свидетельствует о том, что лица со способностью к воспроизведению разнообразных способов выхода из трудных ситуаций не используют стратегию ухода от проблем, то есть респонденты не боятся трудностей.

Анализ результатов исследования позволяет заключить, что когнитивная флексибельность является основанием формирования социально-психологической адаптации. Уровень развития когнитивной флексибельности у студентов средний, что позволяет в процессе обучения использовать её как ресурс личности при коррекции адаптивных нарушений. Характер дезадаптивных нарушений у студентов, требующий педагогической коррекции, проявляется в поведенческой стратегии избегания проблемных ситуаций, в уходе от них; во фрустрированном стремлении к доминированию или излишней ведомости; в отсутствии определённости в своём эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям. Таким образом, когнитивную флексибельность возможно использовать в процессе обучения как ресурс личности (в случае низкой когнитивной флексибельности) при коррекции таких адаптивных нарушений как избегание проблемных ситуаций, излишняя ведомость студентов и отсутствие определенности в эмоциональном отношении к происходящей действительности.

Список литературы

1. Осаволук Е. Ю. Когнитивная флексибельность и ее измерение: Матер. Междунар. молодежного форума «Ломоносов-2017» / Отв. Ред. И. А. Алешковский, А. В. Андриянов, Е. А. Антипов. – М.: МАКС Пресс, 2017.

2. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности: Учеб. пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.
3. Снегирева Т. В. Процесс социально-психологической адаптации в условиях специализации учебной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1978. – 22 с.

СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. БЕДНОСТЬ. ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шигаев Н. Н.

ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», Саратов, Россия

Резюме. Социальных риски здоровья населения формируются в определенной социальной среде, которая выступает к тому же фоном для их проявления. Актуальность данной проблемы прежде всего связана с взаимоотношением социальных рисков и здоровья населения, при этом многие научные исследования в данной области, касающиеся значимости социальных рисков, указывают на полидетерминированность современного общественного здоровья, когда социальные риски вносят существенный вклад в показатели смертности, инвалидизации и заболеваемости человеческой популяции. Особый вклад имеется в прогнозирование изменений здоровья детей, важна оценка факторов риска как медико-биологических, так и социальных, и психологических.

Ключевые слова: социальные риски, здоровье, бедность, доступность медицинской помощи.

SOCIAL RISKS TO CHILDREN'S HEALTH. POVERTY. ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE

Shigaev N. N.

State Healthcare Institution "Saratov Regional Children's Clinical Hospital", Saratov, Russia

Abstract. Social health risks of the population are formed in a certain social environment, which also acts as a background for their manifestation. The relevance of this problem is primarily related to the relationship between social risks and public health, while many scientific studies in this field concerning the significance of social risks point to the polydetermination of modern public health, when social

risks make a significant contribution to the mortality, disability and morbidity of the human population. There is a special contribution to predicting changes in children's health; it is important to assess risk factors, both medical and biological, and social, and psychological.

Key words: social risks, health, poverty, access to medical care.

Охрана здоровья детского населения – одна из основных социальных функций государства. При этом важнейшая задача здравоохранения заключается в организации и доступном медицинском обслуживании населения, проявляющейся в сохранении и улучшении его здоровья [1, 2].

Биологические факторы риска играют значительную роль в онтогенезе детей, особенно в первые три года жизни постнатального развития. Уже затем учитываются факторы: социальные, экономические, психологические, культурные [3].

Во время становления здоровья детей в дошкольном, младшем и среднем школьном возрасте замечены другие факторы, такие как факторы окружающей среды, образа жизни, экономического состояния семьи, влияние медицинских и биологических факторов понижается [4, 5].

Междисциплинарные исследования патологии после рождения учитывают роль социальных рисков в возникновении и хронизации заболеваний, и выходе на инвалидность детей, что критично в 1, 3, 7 и 13 лет особенно [6].

В ранние периоды жизни здоровье детей определяется социально-экономическим положением семьи, состоянием организованного коллектива, в котором находится ребенок, взрослое окружение влияет на его поведение, антропометрические данные (вес, рост, окружность грудной клетки), подверженность инфекционным, соматическим и психическим заболеваниям.

Здоровье, болезнь, вариант нормы или патология, все эти состояния у детей зависят от множества взаимодействующих факторов, которые в свою очередь делятся на экзогенные и эндогенные, а те в свою очередь на наследственные, поведенческие и факторы окружающей среды. Особый интерес представляют факторы окружающей среды (последние действуют в различные периоды детства ребенка) среди них выделяют физическое и социальное окружение [7].

Бедность – один из важнейших социальных рисков, в том числе определяющих и состояния здоровья детей. С одной стороны: бедность – отсутствие необходимых ресурсов, материальных ценностей, низкий уровень доходов и расходов, с другой стороны: бедность – соответствующее самоощущение в социуме, тотальная невозможность выполнения желаемых жизненных стандартов.

Бедность является социальной детерминантой, определяющей состояние здоровья и нездоровья. Она характерна для достаточно значительной части населения, среди которой есть и дети.

В исследовании О. А. Кислицыной ярко показан так называемый «социальный градиент здоровья детей и подростков». Дети из семей с малым достатком вероятнее всего имеют плохое здоровье. В следствие чего такие дети чаще умирают, наблюдаются более высокие показатели смертности, в сравнении с детьми из более материально обеспеченных семей (среднего достатка) [7].

Для получения жизненно необходимых условий для хорошего здоровья, таких как питание, жилье, доступ к услугам здравоохранения являются помехой низкое социально-экономическое положение и бедность семьи ребёнка, которая не обеспечивается адекватными средствами в быту. Риск нездоровья и хронических заболеваний чаще отмечается у детей в семьях которых отказываются от медицинской помощи из-за финансовой несостоятельности [8].

Также среди основных социальных рисков общественного здоровья на передний план выступает доступность медицинской помощи. Каждый год около 100 миллионов человек, по данным ВОЗ, в мире, из-за непредвиденных расходов на медицинскую помощь, оказываются за чертой бедности. Семьи, находящиеся в трудном социальном положении, и семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации, берут на себя большую часть проблем, связанных со здоровьем.

Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40-й Всемирной медицинской ассамблеей в Вене в сентябре 1988 года.

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

По результатам опроса населения России выявлены достоверные различия при сопоставлении доступности медицинской помощи среди представителей различных по экономическому и финансовому положению социальных групп населения [9]. В здравоохранении имеет место система неравенства в оказании медицинских услуг, которые предназначены для больных любого социального положения, согласно базовой программы обязательного медицинского страхования.

Доступность медицинской помощи действует как определенная социальная защита, несмотря на социальные противоречия, депривации и имеющиеся отрицательные тенденции демографических показателей. Пациенты низкого социального положения лишены возможности получать качественную медицинскую помощь [10].

Список литературы

1. Богачёв А. И., Полухина М. Г., Логвинова Р. М. Оценка заболеваемости сельского населения и обеспеченности села объектами здравоохранения на федеральном, региональном и местном уровнях // Вестник сельского развития и социальной политики. – 2015. – Т. 6. – № 2 (6). – С. 12-17.
2. Artiga S. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity / S. Artiga, E. Hinton. Published: May 10, 2018. Режим доступа URL: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
3. Moor, I., Kuipers, M.A.G., Lorant, V., Pfortner, T.-K., Kinnunen, J. M., Rathmann, K., Richter, M. (2019). Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status // Journal of Epidemiology and Community Health, jech-2018-211794. DOI:10.1136/jech-2018-211794
4. Denburg A., Daneman D. The Link between Social Inequality and Child Health Outcomes // Health care Quarterly (Toronto, Ont.). – 2009. – Т.14. – Р. 21-31. – Режим доступа URL: <http://www.longwoods.com/content/21980>.
5. Jayasinghe S. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science // International Journal for Equity in Health. – 2015. – Т.14. – Р.71. – Режим доступа URL:<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/s12939-015-0205-8.pdf>.
6. Mackenbach, J. P. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries / J. P. Mackenbach [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2008. – Т. 358. – № 23. – Р. 2468–2481.
7. Кислицына О. А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 9. – № 1. – С. 5.
8. Yuknis, M.L., Weinstein, E., Maxey, H., Vaughn, S.X., Arkins, T., Benneyworth, B.D. Frequency of Pediatric Emergencies in Ambulatory Practices // Pediatrics. 2018. Vol. 142. Issue 2. Article Number: e20173082. DOI: 10.1542/peds.2017-3082
9. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ: монография / Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2011. – 185 с.
10. Вялых Н. А. Дифференциация потребителей медицинской помощи: методологические проекции социологической рефлексии // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2014. – Т. XVII. – № 1 (72). – С. 84-97.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ФОРМИРОВАНИИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Шушунова Т. Н.

БГПУ им. М.Танка, г. Минск, Беларусь

Резюме. В статье предлагается рассмотреть возможность применения цифровых компетенций профессиональных медицинских работников в цифровом пространстве для повышения культуры самосохранительного поведения молодежной аудитории с одной стороны, а с другой – для полноценного осуществления цифровой трансформации системы здравоохранения.

Ключевые слова: цифровизация, цифровые компетенции, самосохранительное поведение, ориентации самосохранительного поведения, культура самосохранительного поведения.

THE ROLE OF THE DIGITAL COMPETENCE OF A MEDICAL WORKER IN FORMING THE SELF-KEEPING BEHAVIOR OF YOUTH

Shushunova T. N.

BSPU of M.Tank, Minsk, Belarus

Summary. The article proposes to consider the possibility of using the digital competencies of professional medical workers in the digital space to improve the culture of self-preserving behavior of the youth audience, on the one hand, and on the other hand, to fully implement the digital transformation of the healthcare system.

Key words: digitalization, digital competencies, self-preserving behavior, orientations of self-preserving behavior, culture of self-preserving behavior.

В Беларуси процесс цифровизации или внедрение цифровых технологий в различные сферы жизни достиг значительного охвата. Во многом этому способствовало принятие государственной программы «Цифровое развитие Беларуси» на 2021–2025 гг. – внедрение информационно-коммуникационных и передовых производственных технологий в отрасли национальной экономики и сферы жизнедеятельности общества. [1] О чем также свидетельствуют статистически данные: количество абонентов и пользователей беспроводного

широкополосного доступа в сеть Интернет на 100 человек населения увеличилось с 54,1 в 2014 году до 92,6 в 2020 г. При этом удельный вес врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде, в общем количестве врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства, достиг показателя 97,7 [2]. Также широко и массово представлены другие профессиональные структуры и организации белорусского общества. Неудивительно, что одной из важнейших целей использования сети Интернет является поиск информации: 98,8% [2]. Интернет сейчас становится важной площадкой для организации коммуникативных процессов, оказания образовательных услуг, работы и предоставления информации пользователям. В этом контексте, за счет получения необходимой информации, мы можем рассматривать успешную цифровизацию населения еще и как способ повысить свою культуру самосохранительного поведения, тем самым осуществив вклад в сохранения своего здоровья. Последние исследования в этой области, осуществленные в 2009 году группой социологов под руководством профессора И. В. Журавлевой, выявили низкую культуру самосохранительного поведения молодежной социально-демографической группы, в то время как без развитой культуры самосохранительного поведения система здравоохранения не может использовать свое потенциал на высшем уровне. Именно социальные и культурные различия потребителей медицинских услуг (их медицинская грамотность, образ жизни, самосохранительное поведение), объясняют специфику систем здравоохранения различных стран. [3, с. 242] Ситуация прошлых лет, когда многие белорусы столкнулись с угрозой здоровью человека, вследствие охватившей мировое пространство пандемии COVID-19 продемонстрировала в очередной раз, важность развития осознанного самосохранительного поведения человека, основанного на сформированных ранее установках, которые, таким образом, выступают в качестве регуляторного механизма в индивидуалистических поведенческих моделях. Изучение способов поддержания здоровья человека в условиях ковидных ограничений с использованием цифровых возможностей выявило, что они во многом детерминированы доступностью населения к адаптированной по форме информации, призванной реализовать на практике биологическую ориентацию самосохранительного поведения через такие его составляющие как, физическая активность, принципы правильного питания и принципы безопасности. Например, физическую активность в условиях цифровизации обеспечивали обучающие видео в Интернете, предлагающие в домашних условиях заниматься спортом, освоить йогу и накачать мышцы; принципы правильного питания нашли выражение в рекомендациях по оптимальному

выбору пищевых продуктов в магазинах, вплоть до рецептов для вдохновения и т.д. – все это было представлено в широком доступе в сети. [4, с. 120] Похожая ситуация сохраняется и по сей день, все пользователи Интернета с легкостью могут получить доступ к любой информации, которая, по их мнению, направлена на сохранение здоровья. Однако на наш взгляд, это не всегда удачный опыт.

Проблемная ситуация. Разнонаправленный поток доступной информации в сети о различных способах улучшить свое здоровье во всех его аспектах нуждается в медицинских комментариях и точной оценке всех плюсов и минусов, особенно это актуально для молодежной аудитории, которая часто готова воспринимать любую информацию о здоровье как руководство к действию, особенно, касающуюся ее биологической направленности (еда, диеты, двигательная активность и т.д.), вызванной желанием иметь привлекательный внешний вид.

Гипотеза. Культура самосохранительного поведения молодежи значительно повысится при условии, что профессиональные медицинские работники смогут на основе владения цифровыми компетенциями оказывать своевременную экспертную оценку в цифровой среде по отношению к различным непроверенным источникам информации, направленным на сохранение своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном направлениях. Существует необходимость выхода профессиональных медицинских работников с близкой специализацией в цифровое пространство, актуального для молодежи, или создания специального цифрового контента на бесплатной основе, специализированном на молодежной аудитории, где бы они постоянно отслеживали и оценивали интернет предложения по сохранению своего здоровья и развитию высокой культуры самосохранительного поведения с точки зрения их адекватности и действительной полезности для здоровья.

Исследование и результаты. Запрос на подобного рода услугу со стороны молодежи есть, и он подтверждается результатами социологического исследования. Так, с целью изучения особенностей самосохранительного поведения молодежи как внеэкономического фактора социального самочувствия в декабре-феврале 2020-2021 г. в рамках гранта БРФФИ в образовательном пространстве БГПУ им. М. Танка было проведено социологическое исследования, в рамках которого специально изучался такой внешний фактор самосохранительного поведения как «Общепринятые стандарты здорового образа жизни». Общий объем выборочной совокупности составил 400 человек, первичная информация собиралась методом раздаточного анкетного опроса. По данным исследования молодые люди явно испытывают дезориентацию по различным аспектам здорового образа жизни в связи с огромным потоком информации, не всегда имеющей медицинское экспертное мнение. В вопросе анкеты относительно востребованной информации со стороны студентов, вариант

ответа «я бы получил информацию о здоровом питании» был выбран почти половиной опрошенных молодых людей (44,3%), на втором месте информация «о том как заводить друзей» (37,5%) и 18,3% студентов хотели бы получить информацию «о жизни знаменитых соотечественников». На вопрос анкеты: «Какие из предложенных общепринятых принципов ЗОЖ для вас наиболее характерны в повседневной жизни, если быть четными с самим собой?» ответы студентов расположились в следующей последовательности: от варианта «двигательная активность» (35,3%); «отсутствие вредных привычек» (20,0%); «режим питания» (17, 3%); «минимизация стресса» (15,8%) до варианта «полноценный сон» (10,8%) по степени уменьшения присутствия компонента в повседневной жизни. По этим данным мы видим потенциальный запрос на информацию о действенных возможностях физического восстановления и способах справиться различным стрессовыми ситуациями, сопровождающими студентов на протяжении всего периода получения высшего образования. Вследствие чего, этот период в жизни, сопряжённый с разнообразными нагрузками и стрессовыми состояниями, признается как самый с точки зрения потери здоровья. [5] Мы также можем предположить нанесение вреда своему состоянию здоровья вследствие отсутствия пищевой культуры и увлечения различными диетами и формами скорректировать свой вес в угоду модным тенденциям, что обязательно должно сопровождаться профессиональной медицинской информацией.

Выводы. Для повышения культуры самосохранительного поведения молодежи в период развития процессов цифровизации требуется особое внимание и сопроводительная помощь со стороны медицинских профессиональных групп. При существующей широкой цифровизации в стране и системы здравоохранения, в частности, как было отмечено ранее, именно уровень цифровых компетенций медицинского персонала во многом определяет успешность формирования самосохранительного поведения молодежи. Готовность работников к выполнению задач в новых условиях и понимание важности выхода профессиональных медицинских работников в цифровой мир – гарант успеха очень важного для страны, для семьи и для каждого человека в отдельности дела – сохранение здоровья человека и обеспечение продолжительности его жизни.

Список литературы

1. Государственная программа «Цифровое развитие Беларуси» на 2021-2025 годы [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.mpt.gov.by/ru/gosudarstvennaya-programma-cifrovoe-razvitie-belarusi-na-2021-2025-gody>. – Дата доступа: 07.04.2022.
2. Сборник «Информационная Беларусь 2021» [Электронный ресурс] – Режим доступа: file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%A1%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B

8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%81%D1%8C%202021.pdf. . – Дата доступа: 07.04.2022.

3. Сурмач, М. Ю. Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь : монография / М. Ю. Сурмач ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО "Гродн. гос. мед. ун-т", [Каф. общественного здоровья и здравоохранения]. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 315с.
4. Шушунова Т. Н., Лебедева Е. В. Цифровой город в эпоху пандемии: «старые» социальные практики в разрезе новых информационных технологий / Цифровой город: новый социальный транзит / А. К. Мамедов [и др.]; под ред. А. Н. Данилова, А. К. Мамедова. – Минск: РИВШ, 2021 г. С.108-132.
5. Шушунова, Т. Н. Объективные компоненты здорового образа жизни: социологический анализ // Вес. БДПУ. Сер. 2, Гісторыя. Філасофія. Паліталогія. Сацыялогія. Эканоміка. Культуралогія. – 2021. – № 2. – С. 54-61.

ОЦЕНКА УПРАВЛЕНЧЕСКИМИ КАДРАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТРАСЛИ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПРИ ПОМОЩИ МАТРИЦЫ SWOT-АНАЛИЗА

Щавелева М. В.¹, Сачек М. М.¹, Глинская Т. Н.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Резюме Управленческий потенциал здравоохранения, направлен на решение задач, стоящих перед отраслью. В этой связи особую значимость представляет изучение мнения управленческих кадров по вопросам деятельности отрасли как в условиях функционирования отрасли в «штатном режиме», так и в условиях развития чрезвычайных ситуаций. Одним из эффективных способов изучения данного мнения является использование матрицы SWOT-анализа.

Ключевые слова: матрица SWOT-анализа, руководители организаций здравоохранения, COVID-19.

ASSESSING THE PERFORMANCE OF THE INDUSTRY DURING THE SPREAD OF COVID-19 INFECTION BY HEALTH MANAGEMENT PERSONNEL USING A SWOT ANALYSIS MATRIX

Schaveleva M. V., Sachek M. M., Glinskaya T. N.

¹ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Center of Pulmonology and Phthiisology, Minsk, Republic of Belarus

Summary. The managerial potential of health care is aimed at solving the problems facing the industry. In this regard, of particular importance is the study of the opinion of managerial personnel on the activities of the industry both in the conditions of the operation of the industry in the "normal mode" and in the conditions of the development of emergency situations. One effective way to explore this opinion is to use a SWOT analysis matrix.

Key words: SWOT-analysis matrix, heads of healthcare organizations, COVID-19.

Генеральный директор ВОЗ доктор Тедрос Гебрейсус 11 марта 2020 г. заявил, что ситуацию с распространением COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию. Стремительное развитие пандемии заставило Антониу Гуттеришу, Генерального секретаря ООН, назвать 2020 год «годом смерти, катастроф и отчаяния». Также А. Гуттериш сформулировал 10 приоритетов деятельности человечества на 2021 год, первое место среди которых заняла задача справиться с Covid-19. Пандемия породила целый ряд проблем: избыточная смертность, снижение во многих государствах ожидаемой продолжительности жизни и др. В итоге, под угрозой оказалось выполнение Целей устойчивого развития, в частности, Цели №3 – «Хорошее здоровье и благополучие». Особое влияние пандемия оказала на задачи 3.8: «обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения» и 3.4: «к 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия» [1]. К сожалению, пандемия стала чрезмерной нагрузкой для систем здравоохранения, во многих странах уменьшилась доступность плановой медицинской помощи (по задаче 3.8), а жертвами пандемии, в первую очередь, стали пациенты, страдающие от хронических НИЗ (по задаче 3.4).

Мы указывали ранее, что готовность здравоохранения Республики Беларусь к встрече с коронавирусной инфекцией была обусловлена его организационной структурой, сохранением санитарно-эпидемиологической и

инфекционной служб, хорошо налаженной системой взаимодействия между учреждениями санэпидслужбы и организациями здравоохранения (ОЗ), развитой сетью ОЗ, четко регламентированной преемственностью между амбулаторно-поликлиническими и больничными организациями, скорой медицинской помощью, действующей системой государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения и др. [2].

Вместе с тем, организация и оказание медицинской помощи (МП) населению Республики Беларусь в условиях распространения инфекции COVID-19 сопровождалось определенной перестройкой деятельности системы здравоохранения, обусловленной складывающейся эпидемиологической ситуацией. Это потребовало дополнительных усилий органов государственного управления различного уровня, руководителей (их заместителей) ОЗ, медицинских работников, занятых как оказанием МП пациентам, инфицированным COVID-19, так и оказанием плановой МП.

Как известно, управленческий потенциал любой отрасли экономической деятельности, в т. ч. и здравоохранения, направлен на решение задач, стоящих перед данной отраслью. В этой связи особую значимость представляет изучение мнения управленческих кадров по вопросам деятельности отрасли как в условиях функционирования отрасли в «штатном режиме», так и в условиях развития чрезвычайных ситуаций. В частности, для деятельности здравоохранения в 2020 – 2021 гг. – в условиях распространения инфекции COVID-19. Для изучения данного мнения нами была использована матрица SWOT-анализа, позволяющая определить сильные (S), слабые (W) стороны и возможности (O) здравоохранения Республики Беларусь, а также угрозы (T) для здравоохранения в период распространения инфекции COVID-19. Матрицу SWOT-анализа заполнили 123 организатора здравоохранения. Руководители (их заместители) ОЗ, проходящие обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО и представляющие различные регионы республики. Заполнение матрицы велось в конце 2020 – начале 2021 гг. При обобщении результатов (заполнении итоговой (обобщающей) матрицы) принимались во внимание те ответы анкетированных, общая частота встречаемости которых превышала «9». Далее ответы ранжировались по частоте встречаемости и были внесены в итоговую матрицу SWOT-анализа. Итоговая матрица представлена в таблице.

Лицами, выполняющими SWOT-анализ реагирования здравоохранения Республики Беларусь на распространение COVID-19, были перечислены следующие S (сильные) стороны здравоохранения Республики Беларусь, позволившие адекватно среагировать на распространение инфекции COVID-19. Первую позицию среди сильных сторон заняло бюджетное финансирование. С одной стороны, любая отрасль экономики, основными средствами

обеспечения и поддержания функционирования которой выступают бюджетные средства, развивается в условиях ограниченных ресурсов. Вместе с тем, 2-х летний мировой опыт борьбы с пандемией показал, что именно бюджетное финансирование позволяло здравоохранению многих стран адекватно среагировать на пандемию. В дополнение отметим, что именно бюджетное финансирование здравоохранения позволило создать ту материально-техническую базу здравоохранения, на которую, как на позитивную сторону, также указали опрашиваемые.

Таблица – Матрица SWOT-анализа реагирования здравоохранения Республики Беларусь на распространение COVID-19

S – сильные	W – слабые
Бюджетное финансирование Доступность медицинской помощи Сохранение санитарно-эпидемиологической службы Постоянно обновляющаяся информация по заболеванию Альтруизм медицинских работников Созданная ранее материально-техническая база здравоохранения (наличие аппаратов ИВЛ, достаточный коечный фонд) Сохранение инфекционной службы	Недостаточная подготовка кадров по работе в условиях чрезвычайной ситуации Средства индивидуальной защиты (далее – СИЗ; нехватка и отсутствие производства) Нехватка кислородных точек Громоздкость системы учета, отчетности и передачи информации Сложная система закупок
T – угрозы	O – возможности
Отток кадров (возраст, «уход» из профессии, синдром эмоционального выгорания, эмиграция) Заболеваемость медработников Covid-19 Угроза новых эпидемий и пандемий Невыполнение населением рекомендаций медицинских работников Недостаток финансирования	Вакцинация Государственно-частное партнерство Волонтерство, в т.ч. студенческое Изучение «чужого», т. е. международного, опыта Увеличение финансирования

Второй значимый компонент в перечне S (сильных) сторон – доступность медицинской помощи населению (медицинского обслуживания), гарантированная Конституцией Республики Беларусь [3]. Как указывалось выше, действующая система государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения, лежащая в основе обеспечения прав

граждан на доступное медицинское обслуживание, была одним из факторов, обеспечивших готовность здравоохранения Республики Беларусь к встрече с коронавирусной инфекцией.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 07.01.2012 №340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» санитарно-эпидемиологическое благополучие (СЭБ) представляет собой «состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие на организм человека факторов среды его обитания и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности». Данным Законом определены основные направления деятельности Министерства здравоохранения, в т.ч. органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, иных министерств и ведомств по обеспечению СЭБ [4]. В условиях распространения инфекции COVID-19 управленческим потенциалом отрасли здравоохранения была дана высокая оценка сохранению в стране санитарно-эпидемиологической и инфекционных служб.

Также руководители (заместители руководителей) ОЗ дали высокую оценку личностным качествам специалистов, занятых в здравоохранении, оценив альтруизм медицинских работников.

«Постоянно обновляющаяся информация по заболеванию» (как S сторона) – свидетельствует о достаточно высоком научном и учебно-педагогическом потенциале системы здравоохранения.

К W – слабым сторонам здравоохранения отнесены: недостаточная подготовка кадров по работе в условиях чрезвычайной ситуации; нехватка и отсутствие производства СИЗ; нехватка кислородных точек; громоздкость системы учета, отчетности и передачи информации; сложная система закупок. Большая часть из перечисленных позиций преодолена здравоохранения республики к моменту подготовки данных материалов.

Внешняя среда здравоохранения республики содержит как негативные моменты для его развития – Т – угрозы, так и позитивные – О – возможности. Одна из наиболее значимых потенциальных угроз для стабильного функционирования отрасли – отток кадров. В большинстве случаев руководителями (заместителями руководителей) ОЗ назывались различные причины оттока кадров из отрасли. Говоря о недостатке финансирования, следует сослаться на приведенный нами выше тезис: любая отрасль экономической деятельности, основными средствами обеспечения и поддержания функционирования которой выступают государственные бюджетные средства, развивается в условиях ограниченных ресурсов. Между тем, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации руководители более остро осознали наличие угрозы новых эпидемий и пандемий. Невыполнение

населением рекомендаций медицинских работников перешло из ранее часто встречающихся и тревожащих медицинских работников случаев отсутствия комплаенса между врачом и пациентом, особенно в части «ведения» хронических НИЗ, к созданию угрозы для эпидемиологической безопасности населения за счет невыполнения требований санитарно-эпидемиологического законодательства.

Еще одна явно осознанная угроза – заболеваемость медработников COVID-19. К сожалению, использование СИЗ, соблюдение требований по охране труда на рабочем месте не исключают возможность заражения для медицинского работника не только на рабочем месте, но и в быту, общественном транспорте и пр. Массовая заболеваемость медицинских работников способна повлиять на способность системы здравоохранения к адекватному реагированию на распространение COVID-19.

Анализируя О – возможности отечественного здравоохранения (как указывалось выше, анализ проводился по итогам заполнения матрицы SWOT-анализа в конце 2020 – начале 2021 гг.) следует отметить, что организаторы здравоохранения основной акцент делали на вакцинацию. Приобретенный опыт борьбы с пандемией доказал справедливость данного мнения. Также опыт борьбы с пандемией указал на значимость государственно-частного партнерства, в т.ч. взаимодействия с организациями здравоохранения негосударственной формы собственности, и волонтерского движения.

Список литературы

1. Щавелева, М. В. Вопросы здравоохранения в «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №3. – С. 4-8
2. Щавелева, М. В. Оценка медицинскими работниками деятельности организаций здравоохранения в период распространения инфекции COVID-19 / М. В. Щавелева, Т. И. Терехович, В. И. Иванова и [др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2021. – №4. – С. 72-79
3. Конституция Республики Беларусь. – Минск: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2022. – 79 с.
4. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Закон Республики от 07.01.2012 №340-З (с измен. и доп.)

ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ СТАНОВЛЕНИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Якушина И. И., Трефилова О. А.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) Москва, Россия

Резюме. Статья посвящена 100-летию создания первой в России кафедры социальной гигиены, основанной Николаем Александровичем Семашко (ныне кафедра общественного здоровья и здравоохранения имени Н. А. Семашко).

Ключевые слова: гигиена, социальная гигиена, организация здравоохранения, Николай Александрович Семашко

HISTORICAL MILESTONES OF THE FORMATION OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE OF SECHENOV UNIVERSITY

Yakushina I. I., Trefilova O. A.

Sechenov First Moscow State Medical
University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University) Moscow, Russia

Abstract. The article is devoted to the 100th anniversary of the creation of the first Department of Social Hygiene in Russia, founded by Nikolai Alexandrovich Semashko (now the Department of Public Health and Healthcare named after N.A. Semashko).

Key words: hygiene, social hygiene, healthcare organization, Nikolay Alexandrovich Semashko

История российской гигиены начинается с 19 века. На необходимость развития профилактического направления в медицине указывали в свое время крупнейшие отечественные физиологи И. М. Сеченов и И. П. Павлов, доказавшие, что между организмом человека и окружающей средой существует тесная взаимосвязь, и постоянное воздействие факторов среды на организм является причиной многих болезней [1].

Идеи И. М. Сеченова были близки взглядам представителю гигиенической школы 19 столетия, основоположнику современной гигиенической науки Ф. Ф. Эрисману, который определял сущность гигиены как

учение о единстве организма и внешней среды. Эта формула и по настоящее время наиболее правильно и, вместе с тем, в предельно лаконичной форме определяет задачу борьбы с заболеваниями, где на первом месте стоит принцип профилактики [2].

Вторая половина 19 века ознаменовалась интенсивным развитием гигиены как науки, особенно экспериментальной, что связано с прогрессом в области естествознания, химии. С 1865 г. начинают учреждаться кафедры гигиены в университетах. Почти одновременно в разных городах происходил процесс формирования самобытной отечественной плеяды гигиенистов, наиболее яркими представителями которых явились профессора А. П. Доброславин в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии, Ф. Ф. Эрисман в Московском университете, А. И. Якобия в Казанском университете, В. А. Субботин в Киевском университете и др. Все они создали оригинальные учебники по курсу гигиены.

Самостоятельная кафедра гигиены Московского императорского университета была создана в 1884 г. Гигиена в тот период преподавалась в объеме 144 лекционных часов, а также 6 часов практических занятий в неделю. Экзамены проводились в виде решения практических ситуационных задач, как и в настоящее время [3].

С приходом советской власти медицинский факультет Императорского Московского университета, а начиная с 1918 г. – факультет Первого Московского Государственного Университета (МГУ), стал основным центром развития профилактической медицины. В курс университетского образования стали вводиться элементы социальной гигиены. В октябре 1921 г. Научно-технической секцией Государственного ученого совета народного комиссариата просвещения РСФСР было вынесено решение о создании кафедры социальной гигиены МГУ. Первым профессором вновь учрежденной кафедры был назначен бывший земский врач, а с 1918 г. – первый народный комиссар здравоохранения РСФСР – Н. А. Семашко, который руководил кафедрой более 20 лет. Именно Н. А. Семашко стал идеологом развития профилактического направления в медицине.

Под руководством Н. А. Семашко были заложены основы советского здравоохранения как социального здравоохранения, успешно проводилась работа по борьбе с эпидемиями, создана сеть научно-исследовательских медицинских институтов. В основе предложенной Н. А. Семашко системы здравоохранения лежали следующие принципы: единые принципы организации и централизация системы здравоохранения; бесплатность и общедоступность всех видов медицинской помощи; первоочередное внимание детству и материнству; профилактическое направление медицины; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу

здравоохранения; единство медицинской науки и практики. Все эти идеи разрабатывались многими ведущими врачами России и мира с конца 19 века. Однако в основу государственной политики они были впервые положены в Советской России. Это позволило даже в условиях ограниченности средств достичь серьезных результатов в преодолении традиционных инфекционных заболеваний, в уменьшении материнской и детской смертности, в профилактике социальных болезней (венерических, туберкулез, алкоголизм) и санитарном просвещении населения.

Учреждение кафедры социальной гигиены на медицинском факультете МГУ стало поворотным моментом в системе высшего медицинского образования, так как советская медицина стала одной из первых готовить врачей профилактической медицины. В качестве преподавателей кафедры Н. А. Семашко привлекал практических работников – организаторов различных отраслей санитарного дела – С. И. Каплуна, А. В. Молькова, А. Н. Сысина, Л. А. Сыркина и др. На долю этого коллектива, не имеющего опыта университетской работы, выпала задача организовать преподавание и создать новую идеологию медицинского образования [4].

Создание новой кафедры социальной гигиены требовало от сотрудников подготовки учебных программ, выработки единой методики преподавания для студентов и врачей, разработки методологии и организации научно-исследовательской работы. Огромную помощь первой кафедре социальной гигиены оказывал Государственный институт социальной гигиены, который стал научно-методической базой кафедры социальной гигиены, основой для организации проведения социально-гигиенических исследований. В институте разрабатывались вопросы построения новой отрасли знаний – «социальной гигиены», выявлялись содержание, задачи и методы этой дисциплины как науки и как предмета преподавания. Организатором Государственного института социальной гигиены стал Альфред Вячеславович Мольков (1870-1947) [5].

Изыскания команды Н.А.Семашко заложили научные основы гигиены как самостоятельной научной дисциплины и предмета преподавания. Коллектив создал научное обеспечение системы охраны здоровья детей, проведение гигиенических исследований в общеобразовательных школах, детских домах и садах, специализированных и внешкольных учреждениях.

В первых отечественных учебниках по социальной гигиене, освещались основные теоретические и практические вопросы дисциплины: «Социальная гигиена и ее метод, содержание и взаимоотношения с другими дисциплинами» (проф. Н. А. Семашко), «Санитарное состояние населения (проф. А. Н. Сысин), «Охрана труда рабочих» (проф. С. И. Капун), «Гигиена питания» (проф. А. В. Мольков), «Социальная гигиена. Руководство для студентов,

медиков и врачей» (под редакцией А. В. Молькова). Эти же вопросы находили отражение и в программах преподавания социальной гигиены.

В 1925 году состоялась конференция, в которой приняли участие виднейшие представители кафедр социальной гигиены I и II Московских медицинских институтов (ММИ), и обсуждены вопросы преподавания общей гигиены, гигиены труда, школьной гигиены, социальной гигиены, санитарной статистики. На конференции указывалось, что социальная гигиена уже определила свою сущность и должна развиваться в дальнейшем как самостоятельная дисциплина. Обсуждались также вопросы методики преподавания и была пересмотрена программа лекций и практических занятий, причем как интересное нововведение были даны образцы задач по всем разделам преподавания социальной гигиены. В преподавании получили более четкую формулировку отдельные главы социальной гигиены и был несколько сокращен объем преподавания.

В 1930 году был организован самостоятельный санитарный факультет при Первом ММИ, созданном из медицинского факультета МГУ. Это послужило толчком к развитию всех гигиенических кафедр.

В 1931 г. Институт социальной гигиены был слит с гигиеническими кафедрами Первого ММИ (с 1940г. 1-й Московский ордена Ленина медицинский институт – МОЛМИ). В результате слияния был создан Гигиенический институт при Первом ММИ, который с 1934 по 1941г. возглавлял А. В. Мольков. Гигиенический институт был размещен в гигиеническом корпусе, который из одноэтажного корпуса, построенного в свое время профессором Ф. Ф. Эрисманом превратился в четырехэтажное здание, оборудованное по всем правилам санитарной техники. При гигиеническом институте были организованы санитарная и метеорологическая станции.

Огромной заслугой и достижением социальной гигиены в советских условиях явилось то, что кафедры подготовляли многочисленные кадры нового типа работников – организаторов советского здравоохранения, поэтому в 1941 г. кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения. Именно из кафедры социальной гигиены вышли основные кафедры медико-профилактического факультета: школьной гигиены (гигиены детей и подростков), гигиены труда, гигиены питания, эпидемиологии, коммунальной гигиены.

В деятельность кафедр были поставлены следующие задачи:

1) преподавание курса организации здравоохранения на всех уровнях подготовки руководящих кадров;

2) подготовка и специализация преподавателей для медицинских вузов и институтов усовершенствования врачей по организации здравоохранения;

3) методическое руководство преподаванием организации здравоохранения на соответствующих клинических и санитарных циклах;

4) научная разработка отдельных проблем здравоохранения и составление монографий и руководств в области своей дисциплины.

Для поднятия качества преподавания и связи с практической деятельностью органов здравоохранения за кафедрами социальной гигиены были закреплены лечебно-профилактические и санитарные учреждения как учебные базы, где велось преподавание по плану и программе институтов усовершенствования врачей, были организованы рабочие места для обучения прикомандированных руководящих работников здравоохранения и открыта аспирантура для подготовки преподавательского состава кафедр организации здравоохранения [6].

Перед входом в ректорат Сеченовского университета был установлен и 12 февраля 1982 года в торжественной обстановке открыт памятник Николаю Александровичу Семашко, который был одним из первых академиков и членов президиума Академии медицинских наук по специальности «гигиена».

В настоящее время кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н. И. Семашко наряду с шестью другими профильными кафедрами входит в состав института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана, созданного 18 февраля 2019 г. на базе медико-профилактического факультета. Создание института обозначило новый этап подготовки специалистов в области общественного здоровья и профилактической медицины, способных оперативно реагировать на вызовы времени в области охраны здоровья [7].

Список литературы

1. Павлов И. П. Современное объединение в эксперименте главнейших сторон медицины на примере пищеварения: Речь, чит. в торжеств. засед. О-ва рус. врачей в память С. П. Боткина. Санкт-Петербург: тип. М.М. Стасюлевича, ценз; 1900.
2. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней профессора Сергея Петровича Боткина. СПб./ О-во рус. врачей в С.-Петербурге; 1912.
3. Мельниченко П. И., Прохоров Н. И., Архангельский В. И. Старейшей в России кафедре гигиены 130 лет. Сеченовский вестник. 2014. №3 (17). С.4-7.
4. Мольков А. В., Каплун С. И., ред. История гигиенических кафедр 1 Московского ордена Ленина медицинского института. М.: 1 Моск. ордена Ленина мед. ин-т; 1941.
5. Социальная гигиена в СССР. в кн.: Достижения советской медицины за XXX лет. М.: Издание АМН СССР; 1947, С.179-188.
6. Анастасьев Н. М. О научной работе современного врача-общественника в отношении организационных вопросов здравоохранения // Социальная гигиена. 1927. № 2 (10). С. 64-72.
7. Брико Н. И., Миндлина А. Я., Полибин Р. В., Лопухов П. Д. История и направления деятельности Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана в период пандемии COVID-19. Национальное здравоохранение. 2021;2(1):41-50. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.1.41-50>.

СОДЕРЖАНИЕ

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Анников Ю. Г., Кром И. Л., Еругина М. В. 3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МНЕМОНИКИ В ПОДГОТОВКЕ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ

Аносова Л. С., Агафонов А. М. 7

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
РОССИЙСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Астанина С. Ю., Драпкина О. М., Шепель Р. Н. 12

ДОВЕРИЕ К НАУКЕ И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ
COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ И НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

Беспалова А. А., Вялых Н. А. 19

СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В ПОЛЬШЕ И ИННОВАЦИОННЫЙ
МОДУЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЮБЛИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Боброва О. В. 23

ПЕРЕОСМЫСЛИВАЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ:
ПОВЫШАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ВАЖНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Богдан И. В., Чистякова Д. П. 29

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПЕРВОРОДЯЩИХ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МАТЕРЕЙ

Бондаренко О. Н., Заборовский Г. И. 32

INSTITUTIONALIZATION OF VACCINATION PRACTICES IN WESTERN EUROPE
(XVIII-XIX CENTURIES): HISTORICAL AND SOCIOLOGICAL STUDY

Saniya I. Boyarkina 35

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В СИСТЕМЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Воронко Е. В., Спасюк Т. И., Филипович В. И. 40

О СОЦИАЛЬНОМ САМОЧУВСТВИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ COVID-19

Вялых Н. А. 44

«СИНДРОМ УПУЩЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ» КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
СОЦИАЛЬНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СОВРЕМЕННОМ
ЦИФРОВОМ ОБЩЕСТВЕ

Галич Л. П. 50

УСТОЙЧИВОСТЬ И КРЕАТИВНОСТЬ БЕЛОРУССКОЙ МОДЕЛИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОРЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ВЫЗОВОВ В МЕДИЦИНЕ И
ФАРМАЦИИ

Глушанко В. С., Орехова Л. И. 55

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В
УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ

Денискина А. И. 62

РЕНЕССАНС ПАТЕРНАЛИЗМА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Доника А. Д. 65

ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

Езепчик О. А. 69

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕЙ В КОЛЛЕКТИВЕ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ

Еремина М. В., Доника А. Д. 75

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНЫХ УСТАНОВОК ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ
НА ДОДИПЛОМНОЙ СТАДИИ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

Еремина М. В., Черемушникова И. К..... 78

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ
РОССИЯН

Журавлева И. В., Лакомова Н. В. 82

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДОВЕРИЯ И НЕДОВЕРИЯ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА К ИНСТИТУТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Зарбалиев В. З., Вялых Н. А..... 87

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ПРАКТИКИ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ COVID-19

Зарбалиев В. З. 92

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДЕВУШЕК И
ЮНОШЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ВИРУСЕ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
И МЕТОДАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Зяц В. А., Шедь К. В..... 97

ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ

Иванова Л. Ю..... 102

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ РОССИИ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ивахненко Г. А. 107

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО
ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Ивлева О. В., Асташкевич Е. В., Скоблина Е. В..... 111

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЦЕВЫХ МАСОК В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Кадейкина А. А., Ханенко О. Н. 116

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Корнейко П. Л. 120

КАТЕГОРИЯ 60 ПЛЮС – КАК ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Корнейко П. Л. 125

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ "АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ – 2030"

Корнейко П. Л. 131

АНАЛИЗ ВАЖНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Королёнок Л. Г., Луневская Ю. Л. 136

THE ROLE AND PLACE OF HIGHER EDUCATION: STUDYING THE PROPENSITY OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS TOWARDS ADDICTIVE BEHAVIOR 142

Krikova A. V., Zaitseva V. M., Dmitrieva E. V. 142

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СОМАТИЧЕСКИЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И С ОЖИРЕНИЕМ 1 и 2 СТЕПЕНИ

Крупца М. С., Стручинская М. А., Заборовский Г. И. 145

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Крылов Н. Н., Пятенко Е. А. 148

ОПЫТ РАБОТЫ С МОЛОДЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Лукашук О. Н., Чернецкая Л. В., Трусъ Е. И. 150

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ СТАНОВЛЕНИЯ ДЕОНТОЛОГИИ

Меттини Э. 154

ВАКЦИНАЦИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГРГМУ

Минкевич Н. Д, Грищенко А. Н. 159

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Мирская Н. Б. 161

ЭКСТРЕННАЯ И ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ УЗ «ГКБСМП» г. ГРОДНО

Мисевра Е. В., Корсак В. Э. 168

ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мисевра Е. В., Корсак В. Э. 170

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРЕСТИЖ И ПРИЗНАНИЕ ПРОФЕССИИ ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Мосиенко О. С. 174

ТРАДИЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ

Назарова И. Б. 178

HOW TO IMPROVE HYGIENIC EDUCATION AMONG NURSES

Barbara Nieradko-Iwanicka, Kinga Mróz 185

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ
ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Новосад Е. А., Зверко В. Л., Добрук Е. Е..... 193

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ РОСТОВСКОЙ
ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА (ПО МАТЕРИАЛАМ
ГЛУБИННЫХ ИНТЕРВЬЮ)

Нор-Аревян О. А., Черевкова А. И..... 197

ДЕТЕРМИНИЗМ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРЫ

Петров В. В., Ищенко Ю. В. 203

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ОБЛАСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ –
ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ

Пецевич-Щенсна Галина, Нерадко-Иваницка Барбара 208

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ
РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Плоцкий А. Р..... 212

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВЫЗОВЫ В ОРГАНИЗАЦИИ
РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф..... 216

ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫМ ГРУППАМ ПАЦИЕНТОВ С
БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф..... 222

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ
ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ГРУЗИЯ В РАМКАХ
РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «SPRING»

Разводовская Я. В., Сурмач М. Ю. 229

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫХ ГРУПП КАК ЭЛЕМЕНТ
УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Романов Н. А...... 233

ANALYSIS AND PROSPECTS OF APPLICATION OF TECHNOLOGIES
AND HEALTH-SAVING CULTURE IN EDUCATION

Romanova M. M., Chernov A. V. 242

ON THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES TO THE PRESERVATION AND
PROMOTION OF HEALTH IN MODERN CONDITIONS

Romanova M. M., Chernov A. V. 246

CURRENT ASPECTS OF HEALTH AND HEALTH SAVINGS

Romanova M. M., Chernov A. V. 250

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ В ПРАКТИЧЕСКОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Романова Т. Е...... 254

САМОЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Романова И. С., Сачек М. М. 257

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ, О
МЕТОДАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Салмина А. В., Бойко С. Л...... 259

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

Сачек М. М., Семёнов А. В. 262

ИННОВАЦИИ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ: ШКОЛА
ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сачек М. М., Щавелева М. В. 266

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ XIX в. НА
ПРИМЕРЕ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА ГЕМОТРАНСФУЗИИ В КЛИНИЧЕСКУЮ
ПРАКТИКУ

Сергеева М. С..... 270

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В МЕЖДУНАРОДНОМ ГУМАНИТАРНОМ ПРАВЕ

Сильванович С. А..... 274

ИСТОРИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ.
Часть 1.

Сурмач М. Ю..... 281

ИСТОРИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ.
Часть 2.

Сурмач М. Ю..... 286

КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: ИСТОРИЯ И
СОВРЕМЕННОСТЬ

Сурмач М. Ю..... 291

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
РАЙОННОМ УРОВНЕ

Трусь Е. И., Чернюк В. В..... 296

ОЦЕНКА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Ханенко О. Н., Кадейкина А. А..... 300

100 ЛЕТ НАУКЕ О ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА – СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЙ
МЕГАПРОЕКТ Н. А. СЕМАШКО

Хильмончик Н. Е..... 305

PROFESSIONAL SOCIALIZATION OF MEDICAL COLLEGE STUDENTS: MOTIVATIONAL ASPECT

Chernyshkova E. V., Yurova I. Yu., Chernyshkov D. V..... 311

КОГНИТИВНАЯ ФЛЕКСИБИЛЬНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Чернышкова Е. В., Андриянов С. В., Андриянова Т. А. 315

СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. БЕДНОСТЬ. ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шигаев Н. Н..... 320

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ФОРМИРОВАНИИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Шушунова Т. Н..... 324

ОЦЕНКА УПРАВЛЕНЧЕСКИМИ КАДРАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТРАСЛИ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПРИ ПОМОЩИ МАТРИЦЫ SWOT-АНАЛИЗА

Щавелева М. В., Сачек М. М., Глинская Т. Н. 328

ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ СТАНОВЛЕНИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Якушина И. И., Трефилова О. А..... 334

Научное издание

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сборник статей
международной научно-практической конференции

20 мая 2022 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка Е. П. Курстак, А. А. Хартанович

Подписано в печать 16.05.2022.

Тираж **30**. Заказ **58**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

ЛП №02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-595-705-9



9 78 9855 957059