ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2017 Том 7 Выпуск 3
2017 Volume 7 Issue 3

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2017. Том 7. Выпуск 3 (Март)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
О.М. Посненкова, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Помощник ответственного секретаря
Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:
410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2017

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2017. Volume 7. Issue 3 (March)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)
I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Assistant Executive Secretary
Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Круглый стол "Социальное участие как идеология отечественной медицины: история и современность"

Организатор:
Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Дата проведения очной сессии: 14 марта 2017 г.

Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А., Храмова Ю.А. Самолечение в пожилом возрасте: забота о здоровье или уход в болезнь 610
Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Актуальные вопросы современной социальной политики 613
Павлова Л.А., Ермолаева Е.В. Образование и старшее поколение России 615
Аранович И.Ю. Социально-психологические аспекты оказания помощи беременным женщинам в условиях женской консультации 617
Киреева С.А., Ермолаева Е.В. Сахарный диабет в пенсионном возрасте: социально – психологический аспект 619
Гришечкина Н.В. Болезнь как ресурс социального участия в Цифровую эпоху 621
Горшенина В.И., Кузнецова М.Н., Ермолаева Е.В. Социальное участие медиков в гражданской и Великой Отечественной войне 623
Шелудько О.С. Семейное совладание как механизм психологической защитной активности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья 625
Скворцова В.В., Фахрудинова Э.Р., Кампос А.Д. Медицинская помощь как механизм преодоления социального исключения 627
Живайкина А.А., Кузнецова М.Н. Перспективы использования Интернета при оказании психотерапевтической помощи 630
Аленин П.Н., Суворов В.В. Развитие фтизиатрии в контексте заботы о больных туберкулезом 633
Усова Е.Н. Институционализация помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С 635
Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В. История развития онкологической службы в России 638
Андриянова Е.А., Засыпкина Е.В. Социальные технологии в сестринской практике 640
Кампос А.Д., Чебан А.Г. Социальное участие: к вопросу о комплектовании донорских кадров 641
Завьялов А.И., Андриянова Е.А., Суворов В.В. Развитие педиатрии в Саратовской области: ретроспективный анализ 642
Суворов В.В. Медицинская помощь как фактор культурного и политического влияния в оценках отечественной публицистики рубежа XIX – начала XX века 646

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2017. Volume 7. Issue 3

ID: 2017-03-35-A-14371 Краткое сообщение

Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А., Храмова Ю.А.

Самолечение в пожилом возрасте: забота о здоровье или уход в болезнь

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, кафедра иностранных языков

Резюме

В работе проанализированы актуальные в настоящее время практики самолечения.

Ключевые слова: пожилой возраст, медикализация, самолечение, лекарственная зависимость

Введение

Наступление пожилого возраста ставит перед человеком ряд проблем, важнейшей из которых является поддержание собственного здоровья. Для современного общества характерно господство стереотипа позднего возраста как периода человеческой жизни, связанного с болезнями и беспомощностью. Объективной основой такого образа пожилых людей является наличие одного и более хронических заболеваний, обусловленных инволюционными процессами, происходящими в организме человека по мере его старения. Кроме того, существующая медикализация позднего возраста и коммерциализация медицинских сервисов в контексте общества потребления способствует распространению практик медикаментозного самолечения, а также формированию лекарственной зависимости представителей старшей возрастной группы [1, 2, 3, 4].

Цель: определить наиболее распространенные среди пожилых людей практики медикаментозного самолечения.

Материал и методы

Анализ основан на результатах проведенного в 2016 году в Саратовской области анкетирования пожилых людей в возрасте 60-74 года, гендерное распределение составило 50% женщин и 50% мужчин (N=120).

Результаты и обсуждение

Обращаясь к проблеме медикаментозного самолечения, стоит упомянуть о таком феномене как лекарственная зависимость, которая в самом широком понимании представляет собой синдром, развивающийся при повторном длительном применении лекарственных средств и проявляющийся в ухудшении здоровья или самочувствия при отмене препарата. Современный уровень развития фарминдустрии привел к значительному расширению не только перечня лекарственных средств, но и разнообразных биологически активных добавок к пище (БАД). Последние, не являясь лекарственными средствами, все чаще находят применение не только в терапевтических целях в качестве вспомогательных препаратов, но и для поддержания здоровья. Однако на сегодняшний день большое количество БАДов с научно доказанным эффектом перешел в ранг лекарственных средств, что в случае длительного применения этих добавок позволяет нам говорить о формировании так называемой лекарственной зависимости, то есть привычки лечиться [5].

Современное общество потребления предлагает огромное количество препаратов, как для лечения, так и профилактики различных заболеваний. Но общество потребления нельзя понимать в узко негативном смысле, доминирующем в исследованиях философов постмодерна и их научно-популярных эпигонов и полностью нивелирующем позитивную составляющую данной концептуальной конструкции [6, 7]. Неслучайно В. Ильин отмечает, что «в отличие от высокоразвитых стран мира общество потребления формируется в России в виде оазисов в кризисном социальном пространстве [8]. Лишь меньшинство населения имеет возможность жить в них. Большинство же находится в виртуальном обществе потребления, которое можно наблюдать с помощью телевидения, разнообразной рекламы, в магазинах и на улицах, к которому можно стремиться, но в которое нет шансов войти». Общество потребления на Западе вырвало пожилых людей из того социального небытия, в котором они продолжают пребывать, скажем, в России.

Навязчивая рекламная политика компаний, производящих БАДы, способствует формированию потребительской группы риска по здоровью, в которой пожилые люди занимают значительное место. Отметим, что многие представители позднего возраста не могут противостоять пропаганде пользы такого рода препаратов, активно используя их в качестве средств для лечения заболеваний и общего оздоровления организма [9, 10].

Данные исследования свидетельствуют о широком применении этих средств среди представителей позднего возраста: частое использование БАДов подтвердили 60,4% опрошенных; 25,6% респондентов ответили, что употребляли такие препараты всего несколько раз; 12% участников анкетирования не использовали их никогда.

Согласно официальным статистическим данным, пожилые люди составляют 20,6% потребителей БАДов и 33,5% от всех потребителей лекарственных средств. Большинство потребителей предпочитают продукцию отечественных производителей (70%). В основном это объясняется более низкой ценой и более хорошим соотношением показателей «цена-качество», чем у импортных препаратов.

Многие пожилые люди получают информацию о биологически активных добавках и методах их использования из рекламы в СМИ (газеты, журналы, телевидение) – 40%; от лечащего врача – 28%; от соседей или друзей – 16%; от работников аптек – 14%; из специализированной или медицинской литературы – 2%. БАДы рекламируют в средствах массовой информации, выставляют на витринах аптек, прописывают в поликлиниках и больницах. Пожилым людям настойчиво внушается мысль о необходимости их использования для поддержания здоровья. Однако, несмотря на всю массу информации, у потребителей отсутствуют точные представления о том, какое действие БАДы оказывают на организм. Реклама формирует в представлении людей неправильный образ продукта, преувеличивая его полезность и умалчивая о его вредности [11, 12, 13].

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Среди причин, побуждающих пожилое население использовать БАДы, выделяются следующие: общее укрепление здоровья и профилактика заболеваний – 49%; лечение заболеваний – 34%; снижение массы тела – 10%; недомогание – 7%. При этом лишь 5% опрошенных точно следуют предписаниям врача по использованию этих препаратов; 24% респондентов используют предыдущие назначения врача; 55% ответивших принимают решение о применении БАДов без согласования с лечащим доктором. Таким образом, подавляющее большинство пожилых людей употребляет добавки без постоянного врачебного контроля, зачастую отождествляя их с лекарственными препаратами и ожидая соответствующего эффекта.

Обсуждение

Данные анкетирования показали низкую осведомленность пожилых людей о результатах клинических исследований выбранных ими биологически активных добавок – 87% не знакомы с данным вопросом. Распределение ответов на вопрос о противопоказаниях к применению БАДов фиксируют более значительную информированность пожилых людей: 51% ответивших знакомы с этой информацией, 39% – не знакомы; и лишь 9% никогда не интересовались противопоказаниями к применению таких препаратов. Важно отметить, что с возможными побочными эффектами от употребления БАДов ознакомлены лишь 26% опрошенных.

Вопросы о пользе и негативных последствиях применения БАДов широко дискутируются как в научных кругах, так и среди практикующих врачей. Первоначально, употребление БАДов рассматривалось как дополнительная и необходимая компенсация нехватки микроэлементов и витаминов у пациентов в составе комплексной терапии и у спортсменов. Постепенно, использование добавок вышло из-под врачебного контроля, что вызывает все большую озабоченность врачей последствиями их влияния на организм человека. Кроме того, на сегодняшний день, подавляющее большинство БАДов остаются не изученными, а их разнообразие, продиктованное расширением рынка сбыта, постоянно увеличивается. Клинические исследования БАДов, доказывающие их безопасность и эффективность, не проводятся, что обуславливает непредсказуемые последствия их приема на здоровье. В настоящий момент, существует перечень из 26 БАДов, запрещенных Роспотребнадзором к реализации, и это несмотря на ежегодно увеличивающееся количество новых препаратов и рост их продаж [11, 14].

Основные риски здоровью, вызванные бесконтрольным применениям биологически активных добавок, включают следующие: отсутствие результатов клинических исследований в вопросах совместимости и взаимодействия компонентов БАД с различными лекарственными препаратами; отсутствие на большинстве упаковок БАД информации о противопоказаниях и побочных эффектах; вероятность угрозы здоровью от передозировки при приеме БАДов, связанная с высоким уровнем содержания микроэлементов и витаминов; отсутствие единой отлаженной системы сертификации БАДов; стереотип, отождествляющий БАДы с лекарственными средствами; низкое качество продукта [15, 16]. Таким образом, пожилые люди, постоянно получая информацию из рекламы, от лечащих врачей и работников аптек, представляют собой одну из самых многочисленных групп потребителей БАДов.

Выводы

Лекарственная зависимость как форма медикаментозного самолечения является достаточно распространенной среди представителей старшей возрастной группы, индуцирует бесконтрольное использование лекарственных средств и биологически активных добавок для поддержания здоровья. Отсутствие знаний о противопоказаниях и побочных эффектах их применения влечет за собой формирование дополнительных рисков здоровью людей пожилого возраста, включающих в себя не только обострение хронических, но и развитие других серьезных заболеваний, что зачастую детерминирует уход в болезнь пожилых людей.

Литература

1. Старость в современном российском обществе: интеробъективный и интерсубъективный контексты / Елютина М.Э., Мельникова Н.И., Смирнова Т.В., Козлова Т.З., Штейнберг И.Е., Чернышкова Е.В., Смолькин А.А., Темаев Т.В., Кулькова Е.Я., Мельникова О.А., Филиппова С.В.: монография / Под ред. М.Э. Елютиной; Министерство образования и науки РФ, Саратовский гос. тех. ун-т. Саратов, 2010.
2. Арстангалиева З.Ж., Чернышкова Е.В., Андриянов С.В., Масляков В.В. Факторы риска здоровьесбережения российских пенсионеров // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-5. С. 896-900.
3. Чернышкова Е.В. Медико-социальные механизмы пролонгирования активного образа жизни в пожилом возрасте: дисс. … д-ра социол. наук. Волгоград, 2013. 448 с.
4. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: дис. …. д-ра социол. наук. Волгоград, 2006.
5. Руководство по лекарственной зависимости / Под ред. Дж. Ф. Крамера и Д. К. Камерона; пер. с англ. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1976. 110 с.
6. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / Ж. Бодрийяр; пер. и вступ. ст. С. Н. Зенкипа. М.: Добросвет, 2000.
7. Делёз Ж. Анти-Эдип. Капитализм и шизофрения / Ж. Делез, Ф. Гваттари; пер. с франц. и послесл. Д. Кралечкина; науч. ред. В. Кузнецов. Екатеринбург: У-Фактория, 2007.
8. Ильин В.И. Общество потребления: теоретическая модель и российская реальность / В. И. Ильин // Мир России. 2005. № 2. С. 3-40.
9. Чернышкова Е.В. Статусные характеристики пожилых людей: экономический аспект // Вестник Челябинского государственного университета. 2008. № 32. С. 175-181.
10. Чернышков Д.В., Юрова И.Ю., Андриянов С.В. Теоретические основания рассмотрения понятия «здоровьесбережение» в социологии медицины // Актуальные вопросы медицины в современных условиях: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. СПб., 2016. С. 111-113.
11. Развитие европейского рынка пищевых добавок – глобальные перспективы: тез. выступлений участников 12-й Междунар. выставки «Пищевые ингредиенты, добавки и пряности». URL: http://www.ingred.ru/zip/thesis/07_12_special.pdf (дата обращения 26.09.2014).
12. Андриянов С.В., Чернышков Д.В. Коммуникативный подход в современных практиках здоровьесбережения (на примере школ здоровья) // Социология медицины. 2016. Т. 15. № 1. С. 48-51.
13. Андриянова Е.А., Новокрещенов И.В., Афанасьев И.А. Методологическое значение понятия риска в исследовании профессионализации управленческих кадров здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. С. 24.
14. Юрова И.Ю., Андриянова Е.А., Федорова Л.М., Масляков В.В. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества // Фундаментальные исследования. 2014. № 7-5. С. 1065-1069.
15. Жалпанова Л.Ж. Лекарства, которые вас убивают. М.: Изд-во «Вече», 2006. С. 32-55.

16. Храмова Ю.А. Риск как стратегическое направление развития человека и общества // Интеграция науки и практики как механизм развития современного общества: Сборник научных статей / Под ред. проф. Ю.Г. Голуба. Саратов, 2013. С. 284-287.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14372 Краткое сообщение

Ермолаева Е.В., Павлова Л.А.

Актуальные вопросы современной социальной политики

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
В работе рассматриваются актуальные вопросы современной социальной политики России.

Ключевые слова: социальная политика, уровень жизни, социальные проблемы

Последние десятилетия характеризуются активным участием не только отдельных граждан, но так же общественных объединений в решении актуальных социальных проблем различного уровня. На местном уровне это происходит благодаря стимулированию социальной активности, вовлечению граждан в решение вопросов местного значения, увеличения числа местных общественных организаций или сообществ по интересам. Наиболее ярко эти процессы нашли свое отражение в сфере образования, здравоохранения, дорожного строительства, жилищно-коммунального хозяйства, экологической сферы.

Географическое расположение региона, климатические условия, наличие или отсутствие природных ресурсов, развитость коммуникаций оказывают существенное влияние на его экономическое и социальное развитие, а также взаимоотношения с центром [3, 7].

Также перед регионами остро стоит и ряд социальных проблем, наиболее актуальными из которых являются бедность, алкоголизм, наркомания, рост социально-значимых заболеваний, демографические проблемы, трудовая дискриминация молодежи и инвалидов, социально-культурное развитие населения [1, 2].

Основной процент бедных россиян составляет трудоспособное население, безработные или работающие, чьи зарплаты ниже прожиточного минимума. Этот феномен получил название «бедные работающие», причем неравенство трудовых доходов вызвано низкой экономической эффективностью труда, отсутствием эффективной социальной защиты пенсионеров и работников бюджетной сферы. Кроме того необходимо отметить тот факт, что в их числу входят и молодые семьи, которых призывают к рождению детей, однако не оказывают необходимую финансовую поддержку для их содержания и обеспечения [5, 6].

Алкоголизм стоит на втором место в перечне актуальных социальных проблем. Свыше 80% употребляют спиртные напитки, каждое пятое преступление совершается на почве пьянства, 75 тыс. человек ежегодно умирают от алкогольных отравлений, что, безусловно вызвано общей неустроенностью общества. Уровень смертности по-прежнему остается высоким. Причем государство, не умея его снизить, делает акцент на увеличение рождаемости, возвращая нас к проблеме бедности и нищеты, что в свою очередь провоцирует появление новых проблем. Из-за алкоголизма в семье, разводов и бедности, многие матери отказываются забирать своих детей из родильных домов. Возникает новая проблема - сиротство при живых родителях. Государство же не решает проблемы усыновления и опекунства, а наоборот ухудшает имеющееся положение, создавая дополнительные трудности.

Социальная политика любого развитого государства призвана обеспечить благополучие и всестороннее развитие не только каждого гражданина, но и всего общества в целом. Значимыми направлениями социальной политики государства следует считать эффективную реализацию основных видов социальной работы, направленных на оказание различного рода помощи нуждающимся, а также и контроль за ее выполнением, кроме того создание и эффективное функционирование производственной и социальной инфраструктуры.

Государство оказывает социальную и экономическую поддержку, а также предпринимает меры по социальной адаптации и реабилитации граждан и семей, находящихся в сложной жизненной ситуации, обеспечении необходимых условий проживания, предоставлении инвалидам возможности достигнуть достойного уровня жизни, получить равные условия, в том числе в сфере образования, занятости, здравоохранения, участия в общественной жизни.

Разработка программ и подготовка работников местных общественных организаций в деятельности, направленной на раннее обнаружение дефектов здоровья, оказание первой помощи и направление в соответствующие учреждения сферы социального обслуживания, что позволит предупредить и сократить масштабы инвалидности или устранять ее последствия [2, 4, 9].

Тем самым, социальная политика государства направлена на·

- обеспечение динамичного социального развития;·
- поддержание устойчивости властных структур и отношений;·
- справедливое распределение сфер влияния в хозяйстве;·
- создание эффективной системы распределения экономических ресурсов и снижение уровня безработицы;·
- предоставление качественной медицинской помощи всем слоям населения;
- обеспечение достойного уровня социальной защиты населения в целом, а также соблюдение баланса интересов всех социально-демографических групп;
- укрепление социальных связей, удовлетворение социально-культурных запросов и др.

Создание необходимых условий для повышения уровня жизни в стране и развития предпринимательства, возможность реализации экономического потенциала страны, научно-технический прогресс, развитие социальной сферы способствует удовлетворению социальных потребностей населения и повышение уровня жизни в целом.

Эффективность социальной политики России на современном этапе связана с созданием необходимых финансовых резервов на региональном уровне, пониманием приоритетности выполнения публичных обязательств о социальной защите населения, контролем за коммунальной сферой, обеспечением лекарственными средствами, увеличением государственных инвестиций в процесс модернизации образования и др.

Таким образом, социальная политика государства является одним из важных вопросов, без решения которого невозможно достичь благополучия во всех сферах общества. Повышение благосостояния населения, уровня и качества жизни людей возможно

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2017

за счет эффективной реализации национальных проектов, направленных на развитие современного здравоохранения, строительства доступного жилья, получение качественного образования и развитие агропромышленного комплекса. Они уже дают определенные результаты в виде повышения качества жизни и снижения уровня бедности. Но главным остается стимулирование социальной активности населения.

Литература

1. Аленин П.Н., Суворов В.В. Организация борьбы с туберкулезом в Саратовской области // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 123-124.
2. Елистратова Е.А., Шарапова И.А., Павлова Л.А. Социальная ценность здоровья // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 5. С. 555.
3. Ермолаева Е.В. Политическое пространство региона: континуальный аспект // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2006. № 5 (51). С. 193-196.
4. Калякина Е.Р., Якунина Е.А., Ермолаева Е.В. Основные направления социальной политики в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1535.
5. Мазурина А.А., Тахохова А.А., Ермолаева Е.В. Проблема социального неравенства в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1513.
6. Смерека В.Ю., Ермолаева Е.В. Уровень и качество жизни в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1559.
7. Фахрудинова Э.Р. Кросскультурный диалог в глобальном мире: философско-компаративистский анализ // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2011. Т. 11. № 3. С. 16-19.
8. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А. Активный образ жизни в пожилом возрасте: медико-социальные стратегии, риски, практики. Саратов, 2012.
9. Шелудько О.С. Организационно-правовые основы социальной поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья: региональный анализ // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. 2015. С. 375-376.
10. Шитова К.Ю., Кудашева З.Э., Павлова Л.А. Демографическое постарение общества // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 568.
11. Юрова И.Ю., Андриянова Е.А., Федорова Л.М., Масляков В.В. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества // Фундаментальные исследования. 2014. № 7-5. С. 1065-1069.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14374 Краткое сообщение

Павлова Л.А., Ермолаева Е.В.

Образование и старшее поколение России

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Работа посвящена исследованию особенностей и проблем образования старшего поколения в современном российском обществе.

Ключевые слова: пожилые люди, старые люди, демографическое постарение общества, геронтологические стереотипы, эйджизм, интеллект, образование старшего поколения

Образование молодого поколения - один из традиционных социальных институтов общества. Образование взрослых людей – более поздний социальный институт, возникающий в процессе развития научного, технического и социального прогресса. Образование людей старшего поколения - ответ общества на проблему демографического постарения, которая в XXI веке становится не только одной из важнейших, но и глобальной.

Так, из семи миллиардов, проживающих на планете, свыше 700 миллионов – это люди старше 60 лет, то есть каждый десятый землянин является сегодня пожилым или престарелым. По прогнозам фонда ООН в области народонаселения (UNFPA) к 2025 году их численность превысит один миллиард, а к 2050 году - каждый пятый достигнет этого возраста [1].

Россия тоже относится к числу активно стареющих стран: каждый пятый - уже перешагнул пенсионный рубеж, каждый восьмой - превысил 65-летний возрастной порог и к 2050 году россиян старше 60 лет будет более 30% [2, 3].

Стремительное старение человечества – не только триумф его развития и «прорыв в долголетие», но и серьёзный вызов. Данная проблема осложняется системными изменениями, происходящими в развитом обществе, мировым экономическим кризисом, ослаблением социальных связей между поколениями, а также неравенством возможностей их доступа к информации и другим ресурсам общества.

Дестабилизация экономической и социальной ситуации в стране способствует вытеснению на периферию социальной жизни пожилых и стариков как людей, не имеющих социальной значимости и незаслуженно претендующих на социальные блага. Сейчас ценность человека определяется его умением быстро принимать решения и адекватно приспосабливаться к темпам современной жизни, новым технологиям и инновациям. В связи с тем, что стареющим и старым людям это удается далеко не всегда, они легко теряются в огромном и стремительном потоке новой информации. Поэтому в условиях российской действительности важна объективная оценка места и роли пожилых и старых людей в обществе, а также их умственной и социальной полноценности.

В образовании как и во всех остальных сферах современного общества, ориентированного на молодежную культуру, заметны проявления эйджизма (дискриминации по возрасту). Это связано с наличием в обществе негативных стереотипов старости и старого человека. И среди них особо выделяются такие как неспособность или ограниченная способность к восприятию инноваций и усвоению новой информации, а также к дальнейшему обучению или переобучению.

Появление подобных геронтологических стереотипов стало частым и повсеместным.

Под их давлением значительная часть людей позднего возраста выстраивает свое поведение и ведет образ жизни, соответствующий этому поведению. Люди предпенсионного возраста, зачастую, психологически уже готовы к завершению трудовой деятельности. А их стремление повысить свой профессиональный уровень подавляется сомнениями и страхом несоответствия своих способностей, навыков и умений занимаемой должности или решением об увольнении по достижении пенсионного возраста. В результате - снижается их социальная активность и жизнь рассматривается лишь с точки зрения дожития.

Однако опыт Европы показывает: нынешние 75-летние жители развитых стран, следящие за своим здоровьем и ведущие разумный образ жизни, приближаются по своим возможностям и способностям к 65-летним сверстникам, живущим двадцать лет назад. Это свидетельствует о том, что старость за последние двадцать лет отступила на целое десятилетие [4].

Обычно медленнее старятся люди физически и умственно активные, а также сохранившие психологический настрой на молодость, который поддерживается различными переменами в жизни: места жительства, места работы, профессии или деятельности.

Результаты научных наблюдений биологической геронтологии, социальной геронтологии и психологии старения подтверждают наличие у данной возрастной группы определенных достоинств и преимуществ. Так, у пожилых и стареющих людей снижается лишь подвижный интеллект - способность решать задачи, не используя при этом знания из полученного образования или практики. А кристаллизованный интеллект остается сохранным, то есть сохраняется их способность к здравым рассуждениям и логическим выводам.

Кристаллизованный интеллект - результат обучения и усвоения - развивается она протяжении всей жизни человека и помогает пожилым и старым людям не утратить способность к обучению и переучиванию. Вместе с тем, многочисленные исследования интеллекта старшей возрастной группы свидетельствуют: предположения о возможных ограничениях в их обучении ошибочны, а снижение интеллектуальной активности можно избежать через целенаправленное обучение [5].

Так, ученые исследовательского института в Торонто выяснили, что интеллект двуязычных людей снижается в среднем на четыре года позднее, а болезнь Альцгеймера диагностируется на целых пять лет позже, чем у моноязычных. Это связано с постоянными интеллектуальными тренировками мозга билингвистов, которые способствуют сокращению проявлений старческого слабоумия и защите от деменции [6].

Люди старшего поколения часто склонны к правильным суждениям, достойным поступкам и обладают хорошей памятью. Поэтому образование пожилых можно рассматривать как своеобразную тренировку их психических функций. При этом

эффективность образования, получаемого в позднем возрасте, будет зависеть от систематичности и способности концентрироваться на главном в процессе получения знаний [7].

Стареющий и старый человек живет активно и интересно, если не целиком погружается в воспоминания о прошлом, а оптимистично оценивает свои перспективы. Наполнить смыслом настоящую (реальную) жизнь ему поможет дополнительное образование. Следовательно, пожилым людям нельзя дистанцироваться от процесса обучения, если они хотят быть востребованы в обществе и уважаемы в семье.

С точки зрения образовательного уровня самым оптимальным является возраст до 75 лет и наличие высшего образования. Обучение людей после 75 лет, имеющих начальное или среднее образование, протекает достаточно проблемно и неэффективно [8]. Образование в пожилом возрасте – это не только процесс адаптации и компенсации возрастных потерь, но и определенная образовательная культура, формирующая в обществе позитивный образ старости.

Особенностью образования старшего поколения страны является его существование в центрах социального обслуживания на базе народных университетов, клубов и кружков по интересам. Но они, к сожалению, не соответствуют ни требованию времени, ни запросам самих пожилых людей. Преподаватели и сотрудники этих учреждений не имеют возможности и достаточных знаний для совершенствования своей работы. Отсутствуют специальные дидактические приемы и новые методики, учитывающие как возрастное снижение когнитивных функций, так и возрастные преимущества пожилых россиян. Не создана также и система обмена информацией, опытом и повышения квалификации, учитывающая последние инновации в сфере образования.

Многие пенсионеры, стремясь получить новые знания и новую специальность, не находят свою образовательную нишу. Российское общество к данной проблеме относится по-прежнему либо негативно, либо безразлично. Сегодня необходимо приспособить старшее поколение к существующей системе образования и изменить содержание образовательных услуг для него.

Оптимальным в данном случае является интернет-образование. С этой целью в стране открыты интернет-клубы бесплатного обучения людей старшего возраста компьютерной грамоте и информационным технологиям. К сожалению, пока в России компьютерной грамотностью владеет незначительное число пожилых и старых людей. И нам далеко, к примеру, до Австралии, где за два года были успешно обучены компьютерной грамоте все старые люди страны. Или до Великобритании, где Интернет стал любимым занятием пенсионеров, обогнав по популярности садоводство и рукоделие.

В современных условиях важно, чтобы интернет-образование стало реальностью для старшего поколения и чтобы произошла успешная адаптация дистанционных образовательных технологий к условиям его обучения. Тогда многое может измениться как в жизни этого поколения, так и в жизни общества. Специфика образования людей позднего возраста заключается также в возможности участия не только в потреблении образовательных услуг, но и в их производстве.

Следовательно, необходим не только комплексный подход государственных и негосударственных структур к образованию пожилых, но и новые образовательные технологии и методики образовательно-просветительской деятельности. И тогда образование людей старшей возрастной группы следует рассматривать как составную часть общей системы непрерывного образования.

В отличие от развитых стран, где образованием пожилых занимается специально созданная система дополнительного образования, сформирован и успешно развивается институт образования, в нашей стране образование старшего поколения находится лишь на стадии институционального строительства.

Таким образом, образование старшего поколения не всегда ориентировано на приобретение новой профессии, поиск лучшего или престижного места работы. Его основная задача – личностное развитие, социальная адаптация и общение, а также формирование активной жизненной позиции в позднем возрасте и получение удовольствия от процесса обучения.

Литература

1. Павлова Л. А., Ермолаева Е. В. Современные проблемы и социальная защита пожилых и старых россиян. Современная формула заботы: консолидация идей и ресурсов Сб. науч. трудов. Саратов, СГУ, 2016. С. 65.
2. Лазебник Л.Б., Вёрткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д., Скотников А.С. Старение. Профессиональный врачебный подход. М., 2014.
3. Шитова К.Ю., Кудашева З.Э., Павлова Л.А. Демографическое постарение общества. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5.
4. katalogmedik.ru/zdorovie/profilaktika/5869-sekrety-molodosti-po-nemecki.html (дата обращения 25.03.2017).
5. Елютина М.Э., Чеканова Э.Е. Социальная геронтология. Учебное пособие. М., 2004 .
6. http://meta.kz/interesnie-fakti/958414-inostrannyy-yazyk-i-razvitie-mozga-6-udivitelnyh-faktov.html (дата обращения 25.03.2017)
7. АиФ. Здоровье № 6 10/02/2011.
8. www.nios.ru /node/6553 (дата обращения 25.03.2017)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14375 Краткое сообщение

Аранович И.Ю.

Социально-психологические аспекты оказания помощи беременным женщинам в условиях женской консультации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе рассматриваются социально-психологические аспекты оказания помощи беременным женщинам в условиях женской консультации.

Ключевые слова: женская консультация, медико-социальная помощь, беременные

Развитие службы охраны материнства и детства в Российской Федерации осуществляется в соответствии с «Концепцией демографической политики Российской Федерации до 2025 г.», утвержденной Указом Президента Российской Федерации №1351 от 09.10.07, и направлено на решение задач, поставленных в Указах Президента Российской Федерации №598 от 07.05.12 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения» и №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также на выполнение «Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012—2017 гг.». В 2012 г. в Российской Федерации утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», важнейшим разделом которой является подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка», определяющая основные направления совершенствования оказания медицинской помощи женщинам и детям в 2014—2020 гг. Программа «Охрана здоровья матери и ребенка» включает комплекс мероприятий, направленных на дальнейшее совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров; создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка; выхаживание детей с экстремально низкой массой тела; развитие специализированной медицинской помощи детям; совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду. На основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» субъектами Российской Федерации разработаны и с 2013 г. реализуются региональные программы развития здравоохранения [3]. Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) регламентирует в структуре женской консультации наличие кабинета социально-психологической помощи и организацию Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Среди задач центра указывается пропаганда «позитивного отношения к родительству» и «оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также, в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщинам, нуждающимся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке» [4].

Основными направлениями работы кабинетов медико-социальной помощи женских поликлиник является: психологическая помощь женщинам в решении проблем адаптации к состоянию беременности, конфликтных ситуаций с супругами и близкими родственниками, в производственных отношениях; психологическая коррекция негативных психических состояний (тревоги, депрессии). В обязанности сотрудников кабинета медико-социальной помощи входит консультирование женщин, решивших отказаться от сохранения наступившей беременности [1,2].

Несмотря на снижение числа абортов за последние 5 лет на 24%. ежегодно в Российской Федерации прерывается около 1 млн. беременностей. Необходимые для снижения количества абортов меры приняты на законодательном уровне. Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен срок, отведенный женщине после обращения по поводу прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе [7]. Согласно закону «Об охране здоровья граждан РФ», который вступил в силу с 1 января 2012 года, каждой женщине, решившей прервать беременность, даются «дни тишины» — от 48 часов до семи суток с момента обращения в медицинское учреждение [3]. Предполагается, что за это время женщина взвесит все «за» и «против», сможет получить консультацию психолога и других специалистов и примет более обдуманное и взвешенное решение. В предабортном консультировании психолог часто встречается с феноменом кризисной беременности, критериями которой являются: негативное отношение к беременности со стороны самой женщины (в той или иной степени выраженное желание прервать беременность); негативное отношение к беременности со стороны кого-либо из близкого окружения (муж, родители и т. д.) женщины (оказание давления в принятии решения о прерывании беременности); несовершеннолетний возраст беременной; внешние препятствия (наличие у женщины финансовых, социально- бытовых, жилищных и т. п. проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за ребёнком; медицинские осложнения протекания беременности (наличие у женщины соматического или психического заболевания, риск (реальный или мнимый) ухудшения состояния здоровья во время беременности, тяжелое протекание беременности, обнаружение риска патологии у плода, наличие в анамнезе как минимум одного прерывания беременности, аборт по медицинским показаниям.

Типичными ситуациями, которые часто приводят женщину к решению прервать беременность, являются следующие: наличие в семье маленьких детей; наличие материальных и жилищных проблем в семьях, имеющих двух детей; одиночество женщин, лишенных поддержки родительской семьи; отсутствие продолжения отношений с отцом ребенка и поддержки от него; психологическое давление на беременную (от пассивного до резко агрессивных угроз и шантажа) родственников или отца ребёнка; женщина, ориентация на карьерный рост, продвижение по службе или боязнь прервать образование; «юная» или «возрастная беременность»; наличие в семье ребенка –инвалида. Консультирование кризисной беременности осуществляется совместно психологом и социальным работником. Психолог проводит консультирование личностных и внутрисемейных проблем,

страхов, эмоциональных травм. Социальный работник проводит исследование возможных ресурсов финансовой и социальной помощи, сопровождение женщины.

Целью предабортного консультирование является не склонение женщины любыми средствами сохранить беременность, оказать ей психологическую поддержку и предоставить полное информирование о последствиях аборта для её физического и психологического здоровья. Решение о прерывании беременности должно быть осознанным. Женщина, даже приняв информацию и проделав необходимую внутреннюю работу, может, по ряду причин, не переменить своё решение. Однако то, что она была проинформирована о возможных последствиях, о возможных путях помощи, и уже после этого отказалась от решения родить ребёнка, в отдаленной перспективе более благотворно скажется на её психическом состоянии. Приняв проработанное, осознанное решение, она будет воспринимать себя уже не как жертву непреодолимых обстоятельств, а как человека, который взвесил все «за» и «против» и готов нести ответственность за свой поступок, что позволит в дальнейшей жизни более осторожно относиться к следующей беременности [5].

Работа по оказанию помощи беременным женщинам в трудной жизненной ситуации осуществляется в условиях женской консультации психологом, социальным работником и юристом, который информирует по вопросам прав и гарантий беременной женщины в сфере трудоустройства, обучения, льготы, гражданство, размеры и условия выплат денежных пособий, продолжительность отпуска. Задачей социального работника является оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также, в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке; привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Социальными критериями трудной жизненной ситуации у беременной женщины можно считать: инвалидность; неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью; сиротство; одиночество; отсутствие жилья; длительная безработица, нежелание работать; длительный статус «малообеспеченной» семьи и низкий материальный достаток; отсутствие элементарных продуктов питания, мебели, постельных принадлежностей; статус лица без определенного места жительства; устойчивое бесконтрольное репродуктивное поведение (беременности, которые заканчиваются абортами или отказом от ребенка); выраженная конфликтная ситуация в семье (при разводе); посещение деструктивной секты; женщина ранее лишалась родительских прав по отношению к старшим детям; отсутствие документов.

Психологическими критериями трудной жизненной ситуации у беременной женщины являются: сомнения в сохранении беременности; проблемы в супружеских отношениях; насилие в семье (повторяющиеся или затяжные конфликты в семье, нарушения взаимоотношений между членами семьи); проблема в адаптации к медицинскому диагнозу; растерянность, чувство бессилия; субдепрессивное состояние, апатия; устойчивое уклонение от контактов со специалистами, игнорирование их рекомендаций.

В соответствии с выявленными критериями постановки на учёт, специалисты кабинета определяют путь взаимодействия с учреждениями города и области для разрешения кризисной ситуации в зависимости от выявленных критериев [6].

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что социально-психологическая составляющая современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери является тем жизненно важным звеном, которое на данном этапе способно помочь в решении многих проблем в сфере репродуктивного здоровья. Очевидно, что включение в систему здравоохранения социальных работников как специалистов по координированию поддержки беременных женщин и их семей всеми заинтересованными учреждениями в рамках медицинской, социальной и психологической помощи способствует более эффективной поддержке женщинам в трудной жизненной ситуации. Программа психологического сопровождения беременной женщины в рамках женской консультации должна быть направлена на оказание поддержки и помощи женщине в мобилизации физических и психических сил для благополучного течения беременности и рождения здорового ребенка.

Литература

1. Аранович И.Ю., Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Медицинская и психологическая помощь беременным в женской консультации: проблемы взаимодействия // Социология медицины: наука и практика: научно - практическая конференция – Москва, 2012. – С. 203-206.
2. Аранович И.Ю., Андриянова Е.А., Новокрещёнова И.Г. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования // Известия Саратовского университета. Социология. Политология. – 2011. – Т. 11, вып. 4. – С. 5-11.
3. Байбарина Е.Н, Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги развития службы родовспоможения в Российской Федерации и мероприятия по ее совершенствованию // Российский вестник акушера-гинеколога.- 2014. № 4. - С.4-8.
4. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Available at: http://www.consultant.ru/
5. Погодина Т.Г. К вопросу о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство как неотъемлемое право пациента. Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. 2015; 2: 90-3.
6. Смирнова Е.А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. М.: 2013. – 127 с.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Available at: http://www.consultant.ru/

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14376 Краткое сообщение

Киреева С.А., Ермолаева Е.В.

Сахарный диабет в пенсионном возрасте: социально – психологический аспект

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе рассматривается проблема акцентуаций характера у пожилых пациентов с заболеванием "сахарный диабет", а также дается самооценка социальной значимости данного заболевания.

Ключевые слова: пожилой пациент, сахарный диабет, социальная значимость, акцентуация

В XXI веке проблема сахарного диабета (СД) приобрела масштабы глобальной эпидемии, касающейся населения всех стран мира, национальностей и всех возрастов. Наиболее быстрыми темпами увеличивается численность больных СД старшего возрастного поколения (65 лет и старше). По данным третьего пересмотра национального регистра здоровья США (NHANES III), распространенность СД типа 2 (СД 2) составляет около 8% в возрасте 60 лет и достигает максимальных значений (22–24%) в возрасте старше 80 лет. Аналогичные тенденции наблюдаются и в России. Число людей с диабетом возросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году [3]. При этом, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в терапии инсулинзависимого сахарного диабета, уровень смертности среди больных в 8-10 раз выше среднепопуляционного, а средняя продолжительность жизни у лиц, заболевших в детстве, не превышает 30 лет [8]. Помимо того большая социальная значимость сахарного диабета обусловлена тем, что он приводит к ранней инвалидизации личности.

У каждого человека болезнь развивается под воздействием совокупности причин. Психосоциальные факторы играют одну из ведущих ролей в возникновении и течении СД. Значимыми психологическими факторами, способствующими развитию СД, являются фрустрация, одиночество и подавленное настроение [2]. Прекращение трудовой деятельности обуславливает повышение тревожности, ухудшение самочувствия и определенное падение социального престижа.

На протяжении всего кризиса зрелого возраста формируется так называемая «жизненная мудрость», которая является продуктом психологического анализа прожитых лет. Если человек удовлетворен своим жизненным путем, он легко принимает смену социальной роли. В случае отрицания возрастных изменений, как правило, возникают сильные стрессовые ситуации, связанные с чувством отчаяния, безысходности и страхом смерти.

Не существует ярко выраженного типа личности, который был бы характерен для больных диабетом. Но есть отдельные черты, которые можно наблюдать у большинства больных. Так, им свойственно чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности, которое они пытаются как-то компенсировать. Часто это проявляется в виде усиленного желания получать заботу о себе. Нередко диабетики сами способны преданно заботиться об окружающих, но при этом придают своим действиям чрезмерное значение. Так, они могут переживать, что сделали недостаточно или что-то не так, и потому жизнь их близкого человека сложилась совсем не так, как им того хотелось. Диабетик часто организует свою жизнь вокруг своей болезни и собственных страданий. Таким образом, он также получает возможность влиять на окружающих, поднимая внутреннее чувство собственной значимости; заставляя близких и родных считаться с его ограничениями, он получает дополнительную возможность контролировать их поведение.

Исходя из этого, можно предположить, что сахарный диабет, как психосоматическое заболевание, обостряет акцентуации характера, вследствие чего изменяется и отношение к болезни.

Материал и методы

Для изучения психологических особенностей пациентов пенсионного возраста были обследованы 2 группы испытуемых, в возрастной группе от 55 до 65 лет, 1.- находящиеся на стационарном лечении в г. Саратов с диагнозом сахарный диабет II типа; 2. - условно-здоровая группа людей.

Выборка пациентов на лечении в ЛПУ составила 31 человек (49%), условно-здоровой группы людей - 32 человека (51%).

С целью определения доминирующих акцентуированных черт у больных с сахарным диабетом 2 типа был использован опросник К. Леонгарда – С. Шмишека.

Результаты и обсуждение

Было установлено, что для большинства больных с сахарным диабетом характерна выраженность личностных черт на уровне акцентуации (20 человек – 64,5%). В контрольной группе 16 человек также имеют выраженные акцентуированные черты – 50%.

Анализ акцентуированных черт у больных с сахарным диабетом 2 типа позволил установить, что наиболее характерным типом акцентуаций характера является возбудимый тип (4 человека – 30,8%) и циклотимный тип (3 человека -23,1%), дистимный тип (3 человека – 16,7%)

Сравнительный анализ акцентуированных черт у больных с сахарным диабетом и условно-здоровых лиц позволил определить следующее: в экспериментальной группе у 4 человек отмечается акцентуация возбудимого типа (12,9%) и ещё у 4 человек – дистимного типа (12,9%). В контрольной группе у 4 человек выявлены акцентуированные тревожные черты (12,5%), у других 4 человек – эмотивные акцентуированные черты (12,5%).

Таким образом, респонденты экспериментальной группы характеризуются повышенной импульсивностью, гневливостью, нетерпимостью, а также частой подавленностью настроения, медлительностью и слабостью волевых усилий. Контрольная группа, в свою очередь, отличается эмотивными и тревожными чертами: высокой чувствительностью и неуверенностью в себе.

По результатам исследования по опроснику для изучения социальной значимости болезни А.Сердюка отмечается низкое влияние болезни на большинство сфер социального статуса больных. Однако отмечается влияние болезни среднего и высокого

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2017

уровня на ограничение удовольствий больных сахарным диабетом (10 человек указали на очень сильное влияние болезни на данный фактор – 32,3%; 7 человек (22,6%) – среднее влияние).

Таким образом, большинство больных сахарным диабетом 2 типа отличаются выраженной импульсивностью поведения. В области социального взаимодействия данная группа людей отличается низкой терпимостью, часто вступает в конфликты. Манера общения и поведения в значительной мере зависит у больных сахарным диабетом не от рационального осмысления своих поступков, а от порыва, влечения, инстинкта или неконтролируемого побуждения. Кроме того, для большинства больных сахарным диабетом характерны дистимные акцентуированные черты, которые проявляются подавленностью настроения, слабостью волевых усилий. Они часто концентрируются на мрачных сторонах собственной жизни, что проявляется в поведении, общении, а также в восприятии жизни в целом.

Наибольшую социальную значимость для пациентов с сахарным диабетом, болезнь имеет в таких сферах социального статуса как ограничение удовольствий, ограничение ощущения силы и энергии, снижение физической привлекательности и оказание материального ущерба. Таким образом, выделены направления, которые следует рассматривать, как «мишени» или «точки приложения» психотерапевтического воздействия в процессе медико-социальной реабилитации больных, а именно, психокоррекция особенностей эмоциональной реакции личности на ситуацию болезни, выработка адаптивных когнитивных схем.

Заключение

Опираясь на результаты проведенного исследования акцентуаций характера, отношения к болезни и социальной значимости болезни можно сделать вывод о том, что актуальным является разработка рекомендаций по оптимизации условий госпитализации для больных сахарным диабетом пенсионного возраста. При этом необходимо проведение мероприятий по психологической реабилитации данной группы больных.

Литература

1. Антонова И.Ю., Аджиньязова А.А., Ермолаева Е.В. Демографические проблемы в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1517.
2. Брайтигем В., Кристиан П., Род М. Психосоматическая медицина. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.
3. Глобальный доклад по диабету, ВОЗ, 2016 г.
4. Исаева С.А. Развод в третьем возрасте: социологический анализ // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. 2012. Т. 12. № 1. С. 58-64.
5. Киреева С.А. Развод в пожилой семье: социально - демографический контекст: дис. ... кандидата социологических наук. Саратов, 2014.
6. Киреева С.А., Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Проблемы пожилого человека в современном социологическом дискурсе. Саратов, 2015.
7. Лесина И.И., Антонова О.Н., Ермолаева Е.В. Факторы стабильности современной семьи // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1526.
8. Министерство здравоохранения РФ [Электронный ресурс]/ - URL: https://www.rosminzdrav.ru (дата обращения 08.12.2016)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14378 Краткое сообщение

Гришечкина Н.В.

Болезнь как ресурс социального участия в Цифровую эпоху

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В статье рассматриваются современные медиаформы социального участия пациента, основным ресурсом которых является состояние болезни.

Ключевые слова: болезнь, социальное участие, социальные медиа

Цифровое общество, качественно изменяя жизненный мир человека, преобразует формы и практики социального участия. Н. Кеннет и Дж. Хейко на основе анализа специфики социального и гражданского участия в 22 странах пришли к выводу, что социальное участие определяет качество жизни человека наряду с экономическим, политическим и психологическим благополучием. [3; С. 29]

Как отмечает И.А. Скалабан, социальное участие представляет собой коллективную деятельность людей, горизонтальную активность, осуществляемую ими в рамках повседневной жизни и направленную на удовлетворение общественного интереса. [4; С. 137] В современных научных исследованиях утверждается подход к изучению социального участия как неформального социального капитала, особенно важного для тех, чьи обстоятельства сделали их более уязвимыми, склонными к маргинальности, исключению и нищете. [5; С. 5]. Состояние болезни является одним из таких обстоятельств, в котором человек максимально центрирует ресурсы на своей собственной самости. Ограничивая человека в возможностях социального участия, состояние болезни в цифровую эпоху благодаря социальным медиа становится ресурсом социального участия.

Социальные медиа – это вид массовой коммуникации, в которой участники создают, распространяют и обмениваются информацией и идеями в виртуальных сообществах и сетях. Такие формы социальных медиа как блог, социальные сети, он-лайн консультации и т.д. порождают новые модели интеракции пациентов и других субъектов медицины. Интернет является глобальной медиасистемой, в которой участники создают, распространяют и обмениваются информацией и идеями в виртуальных сообществах и сетях. Интернет-медицина представляет возможность пациентам создавать свой контент, управлять информацией (вести дневники болезни, электронную карту болезни и т.д., создавать блоги, писать комментарии на медицинские статьи).

Социальные медиа представляют собой пространство где каждый пациент может реализовывать социальное участие и вносить свой вклад в развитие общества, делясь своим опытом болезни. Особенно это актуально для пациентов с хроническими заболеваниями. Социальные медиа трансформируя традиционные практики поведения пациентов, утверждают новые формы социального участия пациентов. И в новых условиях опыт болезни во всех проявлениях от форм адаптации до способов преодоления становится ресурсом, которым люди готовы делится и в котором ощущают потребность.

Социальные медиа позволяют пациентам с различной степенью физических и психических ограничений проявлять свою активность в различных направлениях:

- обмениваться опытом болезни, создавая свой контент и общаясь с другими пациентами;
- получать информационную, психологическую, материальную поддержку в состоянии болезни;
- осуществлять обратную связь с системой здравоохранения;
- вести учет персональных медицинских данных (например, MedHelp), способствуя проведению статистических исследований и сбору медицинской аналитики;
- участвовать в общественных движениях, организациях и т.д.

Ярким примером он-лайн социального участия является феномен, так называемого «е-пациента» (e-patient), то есть пациента, информированного о своем заболевании и активно участвующего в лечебно-диагностическом процессе, находящегося в курсе современных методов диагностики и лечения. Одним из лидеров движения е-пациентов в социальных сетях стал Дэйв деБронкарт. Получив благодаря социальным медиа шанс на излечение тяжелого заболевания, успешно им реализованный, теперь он призывает всех пациентов общаться между собой, изучать свои истории болезней и делать личный вклад в развитие здравоохранения. Эти пациенты сами создают отдельные группы и сообщества, где обмениваются результатами исследований, делятся вопросами и сомнениями относительно назначенной терапии и выбранной лечащим врачом лечебной тактики.

Такая форма коммуникации современных пациентов как цифровое письмо, представленная сетевыми ресурсами, на которых пациенты публикуют истории своих болезней (например, CaringBridge) является не только поддерживающей практикой для самих авторов, но и способом поддержки тех, кто находится в сходной ситуации. Социальные медиа, таким образом, в цифровую эпоху являются незаменимым средством коммуникации, открывая возможности для социального участия и соучастия людей в состоянии болезни.

Ограничивая жизнь человека в ее возможностях, состояние болезни ограничивает возможности социального участия. Социальные медиа предоставляют платформу для человека в состоянии болезни преодолевать эти ограничения, находить поддержку и ответы в решении собственных задач и включаться в социальную жизнь, принимать в ней активное участие.

Литература

1. Андриянова Е.А., Пушкарева Н.В. Электронное здравоохранение в России: правовые и этические аспекты регулирования. Саратов, 2014.
2. Бурмистрова Д.Н., Ермолаева Е.В. Восприятие болезни в истории культуры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 78.
3. Скалабан И.А. Социальное, общественное и гражданское участие: к проблеме осмысления понятий. Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2011. №1(13). С.130-140.
4. Kenneth N., Heiko G. Patterns of Participation: Political and Social Participation in 22 Nations. Discussion Paper SP IV 2008–201. 44 p.

5. Platt L. Social Participation: How does it vary with illness, caring and ethnic group? ISER Working Paper 2006-18 Institute for Social and Economic Research, University of Essex, Wivenhoe Park. 34 p.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14379 Краткое сообщение

Горшенина В.И., Кузнецова М.Н., Ермолаева Е.В.

Социальное участие медиков в гражданской и Великой Отечественной войне

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе рассматривается вклад саратовских медиков в организацию и работу госпиталей в период гражданской и Великой Отечественной войн.

Ключевые слова: медик, госпиталь, Саратов, медицинский институт

Важное значение для общества имеет работа медиков, обращение их к социально значимым этапам развития российской государственности, выполнению ими социальной функции во благо народу и стране.

В этом отношении большое значение имеет опыт периода гражданской и Великой Отечественной войн. Эти исторические события показали общественную и социальную значимость труда медиков, их квалификацию и соответствие запросам сложного трагического периода в истории страны. Основное место в их деятельности заняла проблема лечения, профилактики и реабилитации здоровья солдат, офицеров-участников двух войн.

Саратовский государственный медицинский институт является одним из старейших вузов нашей страны, в качестве медицинского факультета основан в 1909 году, входил в состав Саратовского университета. Организатором и строителем Саратовского университета был профессор-хирург Василий Иванович Разумовский. Первый выпуск был осуществлен в 1914 году, который целиком участвовал в Первой мировой войне (1914-1918 гг.), а затем и гражданской (1918-1922 гг.) В 1914-1917 годах медицинский факультет окончили 437 врача [2]. Они в основном направлялись в армию и на борьбу с сыпным тифом. В связи со вспышкой брюшного тифа весной 1919 года преподаватели и студенты факультета были направлены на Юго-Западный и Восточный фронт, где из них были организованы санитарные отряды. Всего в этот период в борьбе с эпидемиями сыпного и брюшного тифа приняло участие более 400 преподавателей и студентов медицинского факультета.

В августе 1920 года все студенты, находившиеся в рядах Красной армии и госпиталях Красного Креста, были откомандированы в свой вуз для продолжения образования. Одновременно с обучением они принимали активное участие в обслуживание госпиталей и лазаретов для сыпнотифозных и холерных больных и работе противоэпидемических отрядов. Среди них были профессора и преподаватели медицинского факультета: А.А. Богомолец, Н.С. Троицкий, Я.О. Крылов, Ю.Д. Гранстрем [3]. Студенты факультета работали в качестве среднего медицинского персонала. Всего в 1925 году около четырех тысяч (3736) холерных и двух тысяч (1848) сыпнотифозных больных, находившихся в стационарах Саратова, лечились и обслуживались в основном персоналом медицинского факультета, среди которых работали более 120 профессоров и врачей, а также 250 студентов этого факультета. Силами факультета были созданы госпиталя для сыпнотифозных больных, рассчитанные на 1000 коек, массовое участие в приготовление предохранительных вакцин принимали студенты второго, третьего курса и преподаватели [4].

С декабря 1912 года по январь 1923 год, университет поочередно возглавляют пять ректоров: Н.Г. Стадницких, П.П. Заболотнов, В.А. Арнольдов, В.Д. Зернов, В.В. Голубев, с января 1923 года ректором был назначен С.Р. Миротворцев [1]. Такая частая смена кадров объясняется процессом организационно-хозяйственного, научного, учебного становления вуза. Укрепление и расширение факультета происходило в связи со слиянием его с Высшими женскими курсами, а также созданием при факультете микробиологического института, ставшего впоследствии Институтом эпидемиологии и микробиологии Юго-Востока. Что касается учебной работы, она так же совершенствовалась: были введены обязательные экзамены при поступлении (1923 г.), новый учебный план, производственная практика, выпускные экзамены в количестве 12 дисциплин. В вузе шел процесс создания научных обществ: невропатологов, акушеров-гинекологов, дерматологов [5].

Политическая, экономическая ситуация в стране затрудняла целенаправленную работу кадров. Первая мировая война, Февральская революция, крушение династии Романовых, октябрьский политический переворот 1917 года, гражданская война разделила общество на «своих» и «чужих». Многие, не веря в возможность новой власти возродить страну, покидали Россию, те, кто остался, подвергался гонениям. Уже в 1917-1922 годы на факультете велась «успешная борьба» на идеологическом фронте, шла «ликвидация влияния» реакционной части профессуры, преподавателей и студентов [8].

В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. значительная часть профессоров и преподавателей уходят добровольцами в действующую армию. Выпускники 1941 года в составе 750 человек и старшекурсники как правило направлялись в медсанбаты действующих армий. В газете «Коммунист» от 6 августа 1941 года была опубликована телеграмма на имя главного хирурга Красной армии, академика Н.Н. Бурденко от профессора С.Р. Миротворцева: «В Отечественной войне в боях за Родину, за Сталина, прошу использовать меня, большой хирургический и организаторский опыт трех войн, на фронте и тылу, по вашему усмотрению». Через два дня телеграммой начальника главного военно-санитарного управления Е.М. Смирнова, С.Р. Миротворцев получил назначение на должность главного хирурга управления эвакогоспиталей Саратова и Пензы [9].

На должности начальников эвакогоспиталей были назначены опытные врачи, медики института, имевшие большой стаж лечебной и организаторской работы. Среди них А.А. Горелов, Л.Г. Гамбург, С.Б. Давидсон, А.А. Ярославцев, И.Г. Богословский и др. Заведующими медицинскими частями эвакогоспиталей были: профессора Л.Г. Мамыкина, С.А. Георгиева, В.Н. Абраменко.

Госпитальная сеть за годы войны претерпевала значительные изменения в связи с переездом госпиталей из других областей, формирование новых подразделений, увеличение коек в существующих госпиталях и неоднократной передачи их в систему Наркомата обороны. Наиболее сложный период в работе госпиталей связан с обороной Сталинграда. Госпитали переполнялись на 30-40%, количество раненых доходило до 100-150 человек. Саратов служил лечебной «крепостью» против инфекций, осложнений, характерных для свежих ранений, первичных и вторичных кровотечений, необработанных ранений грудной клетки, осложненных ранений головы.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2017

Результатом лечебной работы медиков института общий процент выписанных в часть по Саратовским госпиталям на второй квартал 1943 года составил 82,1% против 66,8% за первый квартал 1942 года. Начиная с 1942 года в области шел процесс профилизации госпиталей: госпиталь №1306 был предназначен для раненых в грудной клетку, № 995 для больных с переломом бедра, №1056 – для нейрохирургических ранений, №1304, №3287 специализировались на челюстно-лицевых ранениях, №3284, №3932 занимались лечением обмороженных раненых.

Особое значение имела работа «служба крови»: если в июне 1942 года было отпущено 70,2 литра крови, то в апреле 1943 года госпиталям Саратова было отпущено 289 литров крови. Недостатков доноров не было. Патриотический энтузиазм нашего города являлся гарантией того, что Саратов мог обеспечить кровью не только областную госпитальную сеть. Служба крови была поставлена на служение раненому и больному бойцу, а ласковое участливое слово всего медицинского персонала дополняло арсенал медицинских средств. Руководство госпитальным делом было объединено государством, что обеспечило контроль за лечением раненых бойцов и командиров, возможность применять наиболее эффективные методы лечения, передачи опыта работы лучших эвакогоспиталей, помощь всей лечебной сети области и возможность привлечения к работе в них необходимых специалистов [7].

Саратовские госпитали провели большую работу в 1942-1943 годах, возвратили в строй около 80% раненых бойцов. Несмотря на трудные условия жизни «люди в белых халатах» самоотверженно трудились, оказывали помощь раненым, боролись за их жизнь, делали операции. Патриотизм саратовских медиков, общественная и социальная значимость их труда равнозначна боевым подвигам нашего народа на полях сражений.

Литература

1. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Модель профессионализации медицины в дореволюционной России (на примере Императорского Николаевского университета) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 222-224.
2. Государственный архив Саратовской области (далее ГАСО), Ф. 844. Оп. 2. Д. 1134. Л. 50.
3. ГАСО. Ф. 844. Оп. 2. Д. 1365. Л. 59.
4. ГАСО. Ф. 844. Оп. 3. Д. 350. Л. 5.
5. ГАСО. Ф. 844. Оп. 4. Д. 350. Л. 6.
6. Горшенина В.И., Ермолаева Е.В. Развитие санитарного направления земской медицины // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 210-211.
7. Жильцов Р.А., Иванов Д.В., Ермолаева Е.В. Развитие военной медицины в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С.136.
8. Государственный архив новейшей истории Саратовской области (далее ГАНИСО). Ф. 594. Оп. 1. Д. 3537. Л. 9.
9. ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 1. Д. 3537. Л. 6.
10. Андриянова Е.А., Горшенина В.И., Суворов В.В. Организация госпитального дела в саратовской области в годы великой отечественной войны // Материалы XII Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.». М.: МГМСУ, 2016. С. 12-13.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14380 Краткое сообщение

Шелудько О.С.

Семейное совладание как механизм психологической защитной активности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Семейное совладание рассматривается как осознанная организация по преодолению трудностей, связанных с воспитанием ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: семейное совладание, ребенок с ограниченными возможностями здоровья

Социальные функции, которые традиционно выполняет семья, можно рассматривать с точки зрения психотерапевтического потенциала. Это условия для раскрытия личностного саморазвития, а именно, взаимное доверие, открытость, эмпатия, поддержка, принятие. В зависимости от прочности такого потенциала, человек может поступить более решительно или, наоборот, избегать столкновения с реальностью.

В последнее время все чаще семья в контексте трудных жизненных ситуаций, связанных со здоровьем ее членов, рассматривается и как источник проблем, и как ресурс разрешения. Если семью ребенка с ограниченными возможностями здоровья считать ресурсом разрешения многих проблем, то потребность такого ребенка в семье подкрепляется не только законодательством РФ [6], но и здравым смыслом. Для ребенка не существует альтернативного или такого же по значимости ресурса, как его родители, которые играют важную роль в жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, в решении возникающих специфических проблем в их жизнедеятельности.

Появление хронического заболевания или инвалидности у ребенка служит сильнейшим источником стресса, к которому все члены семьи вынуждены приспосабливаться. Факторы, предопределяющие трудности адаптации, могут зависеть от тяжести заболевания, возраста ребенка, внутрисемейных отношений, сопутствующих проблем, социальной поддержки.

Процесс адаптации в исследовательской плоскости можно рассматривать с позиций того, как нарушения здоровья влияют на членов семьи и дальнейшую перестройку, системы их конструктов, то есть оценочной системы, которую используется членами семьи для классификации и понимания различных объектов их жизненного пространства. Болезнь ребенка как типичная трудная ситуация обесценивает имеющуюся систему конструктов родителей или делает ее ценность сомнительной. В большей степени изменениям подвержены системы конструктов родителей, относящиеся к: болезни, специалистам, участвующим в лечении, ребенку, себе, супругу/партнеру, остальным детям, окружающим, различным сторонам ежедневной жизни и жизненной философии. Перемены в системах конструктов будут оказывать определенное влияние на функционирование семьи и на её выбор адаптационных стратегий с учетом особенностей и сложностей нарушений, вызванных болезнью [7].

Если анализировать адаптационные стратегии, которые использует семья в решении проблем, связанных с трудной жизненной ситуацией в рамках системного подхода, то семья это саморегулирующаяся социальная система, а ее адаптивность это способность к изменению. Регулирование системы происходит через поддержание динамического равновесия и выживания, а также изменение целевой направленности системы[10].

Семья — целостность, которая испытывает на себе влияние кризисов, связанных с особенностями прохождения семейных жизненных циклов, а также влияние ненормативных кризисов, связанных, например, с наличием заболевания в семье [10]. Любая опасность для целостности семьи, провоцирует ее психологическую защитную активность. По мнению Е.В. Куфтяк, психологическая защитная активность семьи, это система процессов и механизмов, направленных на поддержание и восстановление семьи при нарушении целостности, стабильности семейной системы [3]. Семейное совладание выступает ведущим механизмом в психологической защитной активности семьи и понимается автором как осознанная организация по преодолению трудностей [4].

Если говорить об эффективности семейного совладания, то это понятие является довольно скрытым и не явно выраженным. Эффективность зависит от совпадения требований, предъявляемых ситуацией и семейных ресурсов, а также от оценочной системы, о которой было указано выше, и действий, направленных на решение проблемы.

Одним из факторов, влияющих на эффективность совладания, является выбор стратегии совладания.

Способы эффективного или продуктивного, совладания обычно включают: расширение информационного контекста понимания ситуации, поиск социальной поддержки, гибкость семейных ролей, включенность всех членов семьи в разрешение проблемы. Такое совладание обычно имеет позитивные последствия для семейного функционирования: разрешение трудной ситуации, снижение уровня дискомфорта, новый опыт преодоления. Если ситуация не может быть разрешена возникают новая оценка ситуации и себя в ней, поиск возможности позитивного истолкования происходящего, к тому же, сохраняется мотивация достижения, реалистичный подход к оценке события и способность семьи мобилизовать силы.

Неэффективное совладание связано с эмоциональной ригидностью и проявляется в виде самообвинения, обвинения друг друга, вовлечение одним членом семьи других в свое непродуктивное состояние, бездеятельность, избегание, как уход от проблем, стремление забыться во сне, в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой, переложить ответственность на других. Это поведение, как правило, характеризуется инфантильной оценкой происходящего.

Подводя итог вышесказанному, семейное совладание выступает осознанной организацией по преодолению трудностей. Обращаясь к вопросу эффективности, следует отметить, что семейное совладание проявляется, прежде всего, в улучшении социального функционирования семьи, а это может являться определяющим фактором успешного решения проблем, связанных с воспитанием ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. Андриянова Е.А., Шитова К.Ю. Специфика детско-родительских отношений в социально-уязвимых семьях // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 734.
2. Корытова Е.А. Роль реабилитационной активности семьи в воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2016 г.). — Краснодар: Новация, 2016. — С. 88-91.
3. Куфтяк Е.В. Психология семейного совладания: автореф. дисс. … докт. психол. наук. – М., 2011.
4. Куфтяк Е.В. Концепция семейного совладания: основные положения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. – N 5 (16). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 03.02.2017).
5. Лесина И.И., Антонова О.Н., Ермолаева Е.В. Факторы стабильности современной семьи // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 12. С. 1526.
6. Статья 55. Право ребенка на общение с родителями и другими родственниками. [Электронный ресурс] // Семейный кодекс РФ. URL: http://semeyniy-kodeks-rf.com/statya-55-pravo-rebenka-na-obshhenie-s-roditelyami-i-drugimi-rodstvennikami/ (дата обращения: 12.03.2017).
7. Хилтон Д. Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: Взгляд психолога./Пер. с англ. О.Н.Хрущовой. – М.: Этерна, 2011. – 224.
8. Шелудько О.С. Психологическое сопровождение лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата// XVI Международная научно-практическая конференция: «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». Национальная ассоциация ученых. Ежемесячный научный журнал. Екатеринбург.2015. - №11(16)/часть 2. – С. 133-135.
9. Шелудько О.С. Ресурсный подход к социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2016. - Т. 6. - № 6.- С. 1164-1165.
10. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2006.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14381 Оригинальная статья

Скворцова В.В., Фахрудинова Э.Р., Кампос А.Д.

Медицинская помощь как механизм преодоления социального исключения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В работе пронализирована история оказания медико-социальной помощи обездоленным, а также современное состояние проблемы.

Ключевые слова: медицинская помощь, бомж, медицина

Медицина как предмет изучения взаимодействия между людьми, гражданами и государством, между разнообразными областями знания сочетает, объединяет или, наоборот, разграничивает такие противоречивые понятия, как помощь, нравственность, благотворительность, поддержка, услуга, качество, прайс-лист и др..

С одной стороны, медицинская помощь гарантирована государством. В Конституции Российской Федерации статья 41 посвящена праву граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». А также ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает основание для оказания медицинской помощи, в т.ч. гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи, но...

С другой стороны, официальными документами регламентировано разделение на такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. Данная система организации здравоохранения уже предполагает неравенство в доступе к медицинской помощи.

Порядок получения бесплатной медицинской помощи, базирующийся на определенных условиях (наличие документов, подтверждающих личность и медицинское страхование лиц), не позволяет людям без определенного места жительства ее получить.

По данным последней переписи населения, проведенной в 2010 году, к лицам, имеющим статус БОМЖа (без определённого места жительства) отнесены следующие категории и количество граждан [1]: 1) 1,8 миллионов российских граждан, проживающих в тюрьмах, исправительно-трудовых и исправительно-воспитательных колониях, колониях-поселениях, домах-интернатах для детей и инвалидов, домах престарелых, психоневрологических лечебных учреждениях закрытого типа, в воинских казармах и монастырях; 2) 404 тысячи россиян, проживающих на постоянной основе в ярангах, чумах, юртах, кибитках, а также в вагончиках и баржах; 3) 64 тысячи россиян полностью не имеют крыши над головой и проживают в уличных условиях и ночлежках.

В эту статистику не входят граждане, проживающие в коммунальных квартирах и общежитиях, в ветховарийных домах и в ведомственном служебном жилье, а также арендаторы жилой площади. Эта категория лиц часто не имеет каких-либо документов, поэтому при самостоятельном обращении в амбулаторно-поликлиническую службу не может на нее рассчитывать. Сомнительным остается и ситуация получения помощи при вызове машины скорой помощи в случае возникновения острого состояния. Где здесь реализуется фундаментальный принцип биоэтики – принцип справедливости?

Обращаясь к истории вопроса оказания медицинской помощи обездоленным, хотелось бы обратить внимание на понятие благотворительности, а также на развитие сестринского дела в России. И то и другое имеет характер общественного явления.

Появление благотворительности как проявления сострадания к ближнему и нравственной обязанности имущего спешить на помощь неимущему связывают с христианством. Ведь основные принципы христианства, такие как любовь к ближнему, сострадание, милосердие лежат в основе понятия благотворительности. Именно при христианстве появляются многочисленные богоугодные заведения, где оказывалась и посильная медицинская помощь. Милосердие и благотворительность стали основными ценностями православия: монастыри и церковные приходы содержали больницы, приюты, школы для сирот, библиотеки, организовывали бесплатные обеды.

Видным московским благотворителем был близкий советник царя Алексея Михайловича - Федор Ртищев. Он первым в России предпринял попытку объединить частную благотворительность с государственной. Во время войн Ф.Ртищев организовал ряд больниц для раненых солдат, польских и шведских пленных. По его инициативе на улицах Москвы подбирали калек, немощных, алкоголиков и свозили их в специальные дома, где лечили или содержали до конца жизни. Все это Федор Ртищев организовывал в основном на собственные деньги. Значительную сумму ему передала царица Марья Ильинична.

Много внимания строительству больниц, богаделен, разного рода приютов уделял великий реформатор России Петр I. В 1712 году был обнародован указ «Об учреждении во всех губерниях госпиталей». Основным источником финансирования всех этих учреждений при Петре были частные пожертвования. Начало организованного ухода за больными и ранеными было положено также во время правления Петра I. В 1715 г. им был издан указ, в котором шла речь о применении женского труда по уходу за больными детьми. Но после смерти Петра I все его начинания были прерваны практически на 100 лет. Только к концу XVIII в. женский труд по уходу за больными начал применяться в гражданских больницах (Павловская больница).

Новый этап в реализации принципа милосердия в России связан с организацией общин сестер милосердия. По инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезы Ольденбургской в Петербурге (1844 г.) была создана первая в России община сестер милосердия. В основу первой в России общины сестер милосердия была положена мысль о том, что попечение о больных и другие формы милосердия могут быть делом личного подвига. В сестры милосердия принимали вдов и девиц от 20 до 40 лет. Обученные сестры милосердия исполняли обязанности, которые в других местах поручали фельдшерам и фельдшерицам. Со временем их стали приглашать в частные и государственные больницы и госпитали.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2017

Медицина, как и современное общество, достигла больших успехов в области высоких технологий, искусства управлять жизнью, даже на генетическом уровне. Однако в морально-этическом плане современному социуму далеко до совершенства. Да и у медицины как «всепомогающего» социального института, призванного защищать жизнь в различных ее проявлениях, такого рода проблем достаточно накопилось.

В настоящее время стигму «БОМЖ» имеют лица, не только не проживающие по постоянному адресу, но и «социально неблагополучные», «морально опустившиеся». Формально граждане РФ, не имеющие документов, удостоверяющих личность, также получили возможность оформить полис ОМС в соответствии с новым законодательством. Правилами обязательного медицинского страхования был регламентирован порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации «для лиц без определенного места жительства и занятий при отсутствии документов, удостоверяющих личность, учреждениями социальной помощи представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица» [2].

На практике бомжи и сами не идут в больницы «до последнего», когда их в тяжелом состоянии увозят машины «скорой помощи». Нередко это связано с отношением, которое «встречает» их в больничном микроокружении со стороны, как медицинского персонала, так и посетителей. Об этом свидетельствуют результаты межрегионального исследования 2006 г., по данным которого даже бомжи, обратившиеся за медицинской помощью представившие полис ОМС, в 8% случаев получали отказ, а без представления такового — в 21%. При этом бомжи, сообщившие при обращении о наличии у них инвалидности, получали отказ в 19,4% случаев. Возможно, поэтому 35% лиц, утверждающих наличие инвалидности, не пытались добиться получения медицинской помощи. В сложившихся обстоятельствах формируется неучтенный массив заболеваемости и инвалидности, фиксирующийся только при обострении ситуации, экстренном проявлении — при регистрации случаев госпитализации и заболеваемости по причинам смерти… [3].

Материал и методы

Нами проанализированы данные о поступлениях бомжей в инфекционные и хирургические отделения ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 имени В.И. Разумовского» и ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №6 имени академика В.Н. Кошелева». С целью определения прогностического потенциала отношения врачей к социально неблагоустроенным слоям населения, мы опросили 37 будущих врачей-студентов 5 курса медицинского университета [4].

Результаты и обсуждение

При анализе данных о поступлении лиц БОМЖ в инфекционные и хирургические отделения г. Саратова с начала 2015 г. выяснилось, что большинство доставлялось в алкогольном опьянении (40%), с острыми респираторными заболеваниями (17.5%), в зимний период — с обморожениями 2-й и 3-й степеней (15%).

По итогам проведенного опроса, 33% студентов негативно относятся к лицам группы БОМЖ и только 28% положительно. 72% респондентов полагают, что проблема социально неблагополучных граждан в настоящее время недостаточно отражена в СМИ и требует своего решения на государственном уровне. 58% опрошенных считают, что «бомжи», безусловно, имеют моральное право на свободный доступ к медицинским услугам. Большинство респондентов (69%) думают, что при сложных обстоятельствах, в т.ч. жизнеугрожающих, так называемые «неблагополучные» люди могут рассчитывать на применение для их полноценного излечения современных биомедицинских технологий.

Но готовы ли сами будущие врачи в любых условиях оказать помощь и, возможно, спасти жизнь жителю улицы? Положительно ответили на этот вопрос только 53% студентов и 17% — отрицательно. При этом для оптимизации социальной и медицинской поддержки бомжующего населения студенты предложили создавать специализированные отделения, стационары для бомжей, организовать работу передвижных пунктов оказания медицинской помощи, обеспечить реализацию социальных программ с медобслуживанием.

Такой неопределенной предстала перед нами «этическая оправа» современного высокотехнологичного, информационного общества XXI столетия, а воплощение принципа справедливости при оказании медицинской помощи вне социального статуса больного переходит в разряд трансцендентного.

Возможно, явление бомжовства имеет в своем корне элемент экзистенциальной отчужденности (учитывая смыслоутрату собственного существования представителей данной социальной группы), а также отчужденности и со стороны окружающих «вышерасположенных».

В Саратове реальная медико-социальная помощь лицам БОМЖ оказывается далеко немногими специализированными учреждениями. Например, в ГБУ «Саратовский центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий» на улице Полярная, 27 пребывание только первое время бесплатное, далее взимается плата за проживание и обслуживание, за помощь в оформлении документов, поэтому не многие себе могут этого позволить и оформляют добровольный отказ.

В МУЗ «Городская клиническая больница №7», или Саратовском центре термических поражений, поступают иначе. В зимний период социально уязвимых пациентов после выписки стараются оставить в больнице подольше, предоставляя им кров и пищу. Мы взяли интервью у главного врача центра Островского Николая Владимировича, профессора кафедры оперативной хирургии СГМУ имени В.И. Разумовского, руководителя отдела клеточной инженерии ОНИ наноструктур и биосистем СГУ. По мнению Н.В. Островского, люди БОМЖ достойны высокого уровня медицинской помощи, как и все другие члены общества. Сам Николай Владимирович всячески старается помогать бомжам в плане медицинской, социально-бытовой и человеческой помощи.

Основная проблема на сегодняшний день состоит в недостаточном финансировании государством «причинных мест» в медицине, касающихся обслуживания населения, расстановки приоритетов среди медицинских нужд [5].

Во многих прогрессивных странах функционируют общества помощи бездомным, организованные как в рамках социальной программы, так и волонтерами (Homeless Health Practitioner, National Coalition for the Homeless…). К сожалению, этого нет в России. У нас этого стесняются, пренебрегают. Открытые учреждения социальной помощи не решают данной проблемы опять же из-за человеческого фактора!

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Яркий пример самоотверженного труда и бескорыстной помощи - деятельность российского общественного деятеля и правозащитника, замечательного человека и врача, Елизаветы Петровны Глинки, или просто «Доктора Лизы».

Вывод

Положение «неблагополучных» лиц является своеобразным индикатором не только реализации принципа справедливости, но и «качества» уличной среды, моральной зрелости, нравственного сознания общества.

Литература

1. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
3. Власов В.В., Данишевский К.Д., Корнышева Е.А., Саверский А.В. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации. – С. 37-45.
4. Скворцова В.В., Фахрудинова Э.Р. Чем измеряется человечность? (на примере исследования проблем оказания медицинской помощи бездомным) // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2014. – Том 10. – №2. - С. 340-342.
5. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А. Потребление медицинских услуг пожилыми людьми в контексте социального неравенства (на примере Саратовской области) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. - Т. 7. - №1. - С. 138-141.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2017. Volume 7. Issue 3

ID: 2017-03-35-A-14382 Оригинальная статья

Живайкина А.А., Кузнецова М.Н.

Перспективы использования Интернета при оказании психотерапевтической помощи

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

В статье представлен анализ перспективы использования Интернета при оказании психотерапевтической помощи. Рассматриваются достоинства и недостатки Интернет-коммуникации в реализации консультационных и психотерапевтических услуг. Интернет-ресурс может участвовать на всех стадиях переживания болезни: формировании субъективной картины, осознании, адаптации, коррекции, социализации.

Ключевые слова: интернет, коммуникативное пространство, психотерапевтическая помощь

На современном этапе развития общества Интернет все чаще играет роль необходимого средства межличностной коммуникации: электронная почта, общение в социальных сетях и многое другое. Интернет как глобальный информационный ресурс сегодня является уже не преимуществом, а обязательным условием профессиональной деятельности. Данное высказывание в полной мере относиться и к сфере медицине. Речь, конечно же, не идет о рекламе коммерческих медицинских центров или информации об услугах поликлиник и больниц региона. Интернет сегодня может быть посредником между врачом и пациентом, между пациентами, между пациентом и его диагнозом [3].

Использование возможностей Интернет-коммуникации особенно эффективно в тех сферах медицинской деятельности, где сама коммуникация выступает необходимым методом и диагностики, и лечения заболевания, как в психотерапии. Практика оказания консультационных и психотерапевтических услуг посредством сети Интернет получила название *е*-терапии. Для нашей страны это явление еще не является повсеместным, но количество сайтов и Интернет-порталов данного профиля заметно увеличивается. Сегодня ведущие поисковые системы сети Интернет на запрос «психотерапия онлайн» выдают более 1 миллиона ответов. Такие цифры говорят не столько о распространенности данного явления, сколько о необходимости его научного анализа, который в исследовательской литературе еще пока представлен слабо.

Очевидным достоинством Интернет-общения является отсутствие ограничений физического пространства – главное, чтобы оно было охвачено «глобальной сетью». Посредством специализированных сайтов потенциальный пациент может получить психологическую консультацию в комфортных для него домашних, либо других условиях, в независимости от того, насколько он в действительности удален от центров психотерапевтической помощи.

Кроме того, Интернет-коммуникация, с точки зрения пациента, может обеспечить гораздо большую анонимность: запаролированные почтовые ящики, вымышленные имена. Существует мнение, что Интернет-коммуникация располагает к откровенности общения [2], [5]. Недостаточная открытость пациента с психологом-консультантом или психотерапевтом является серьезным барьером психологического здоровья российского общества, не привыкшего к психологу. Но, консультация «в сети» может провоцировать как искренность, так и лживость общения, как откровенное изложение проблемы, так и ее сознательное извращение. Не исключая возможности искажения информации, мы поддерживаем мнение, что Интернет-коммуникация способствует психотерапевтическому процессу и создает благоприятные условия для решения психологической проблемы: «Часто, для клиентов, которые считают, что с ними происходит что-то неправильное и ужасное, личная встреча кажется менее удобной и более угрожающей, чем обсуждение этой темы с терапевтом онлайн на условиях анонимности и секретности» [5, 104].

Специфика передачи информации посредством компьютерной сети подразумевает ее знаковую фиксацию. Это означает, что у психотерапевта остается печатное свидетельство общения с пациентом. Это обстоятельство позволяет специалисту глубже погрузиться в проблему, анализируя полученную от пациента информацию и после непосредственной коммуникации. Кроме того, психотерапевт или психиатр имеет возможность ссылаться на «слова» пациента, от которых он уже не сможет отказаться, что позволит специалисту быть убедительнее в определении диагноза и методики лечения.

Коммуникативные возможности Интернет-сети позволяют с легкостью организовать коллективную работу психологов, созвать консилиум специалистов, причем пациент может даже не знать об этом. Такой способ оказания психотерапевтической помощи способствует ее эффективности.

Интернет способен связать единым коммуникативным пространством не только врачей-специалистов, но и пациентов, во-первых, для групповой терапии, во-вторых, вообще для общения в формате форумов на основе общего заболевания. И в том, и в другом случае мы можем рассчитывать на большую открытость собеседников в обсуждении своей индивидуальной ситуации. Чувство стыда и опасения затрудняют не только отношения в системе врач-пациент, но и в системе пациент-пациент. Фактическое отсутствие участников коммуникации друг перед другом снижает страх узнавания и осуждения, ослабляет неосознанные защитные механизмы, а наличие человека или группы людей с подобной проблемой располагает к участию и откровенности. Само по себе общение на подобном форуме производит психотерапевтический эффект: наличие общей проблемы объединяет, способствует преодолению чувства одиночества и отверженности, участники общения получают поддержку и одобрение.

В тоже время, терапевтическая Интернет-коммуникация при сохранении позиции врача снижает ожидания пациента. Можно сказать, что пациент недооценивает «серьезность» терапии, воспринимает ее как эксперимент, пробную попытку, не слишком рассчитывая на результат, в отличие от реального посещения кабинета психотерапевта.

Интернет сегодня выступает не только в роли канала коммуникации. Прежде всего, являясь глобальной информационной базой (тексты, справочники, изображения, видеофильмы и т.д.), он принимает участие в формировании представления больного о своей болезни.

Указывая на положительные особенности использования Интернета в организации психотерапевтической помощи, необходимо отметить затруднения и ограничения, связанные со спецификой данной медицинской услуги. Самым большим

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

недостатком онлайн-терапии считают отсутствие невербального компонента, значение которого в отражение психологического состояния и настроения пациента существенно. «Известно, что человек 50-60% информации воспринимает невербально, бессознательно улавливая мимику, позу, жесты, степень напряжения мышц, цвет кожи партнера. Лишь 2-3% содержания речи несут в себе значимую информацию, остальное приходится на интонационные, эмоциональные характеристики голоса, такие как громкость, темп, интонация, передающие настроение собеседника» [5, 106]. Отчасти эту проблему решают возможности знакового выделения в печатном тексте (использование разных шрифтов, цветов, подчеркивания, знаков препинания, картинок, рисунков, смайликов). Кроме того, практически полностью создают эффект физического присутствия собеседников друг перед другом в едином пространстве Skype-технологии.

Таким образом, роль Интернета в организации психологической помощи может быть значимой и действенной, но вопрос об участии Интернет-ресурса в случаях с серьезной психопатологией, например, шизофренией, остается дискуссионным. Болезнь, отражаясь на всех уровнях жизнедеятельности пациента, изменяет его восприятие и оценку собственного состояния и информации, которую он получает из внешнего мира. Это обстоятельство снижает эффективность любых психокоррекционных процедур, в том числе и с применением возможностей Интернет-коммуникации. Тем не менее, в качестве глобального информационного ресурса Интернет расширяет возможности осознания пациентом анормальности своего состояния.

В любом заболевании, в том числе и психическом, присутствует субъективная картина болезни. Сложность заключается в том, насколько объективно больной может ее выразить, и, зачастую, первоочередной задачей врача выступает необходимость помочь ему в этом. Как известно, психосоциальный статус пациента определяется при сопоставлении субъективной и клинической картины болезни. Признание пациентом наличия психического расстройства остается серьезной проблемой. «Из-за отсутствия объективных, материальных оснований для вынесения диагноза (анализов, снимков и т.д.) пациентам с психическими расстройствами бывает сложно правильно понять и принять медицинское заключение о собственном состоянии, основанное на профессиональном, но субъективном мнении врача» [4, 63].

Субъективная картина болезни создает основу для ее осознания, понимаемым как согласованность представлений пациента с действительностью его болезни. При этом именно адекватность суждений пациента о собственном заболевании является существенным критерием оценки его состояния и фактором социализации. «По данным эпидемиологических исследований, от 30 до 97 % пациентов с шизофренией не осознают собственной болезни, что затрудняет их лечение и ограничивает возможности социальной реабилитации» [4, 56].

Субъективная картина болезни выступает как обобщение реакций пациента на свою симптоматику. На данные реакции в свою очередь будут влиять оценки и требования непосредственного социального окружения и социальной среды, в общем: «…субъективная картина болезни является, в частности, реакцией личности пациента (а не просто «симптомом болезни»), и ее содержание, форма и динамика тесно связаны с конституцией (предрасположенностью), с уровнем притязаний, социальными требованиями, социальной фрустрацией» [2, 116].

Осознание психической болезни как феномена в отечественной патопсихологии и психиатрии методологически связывают с понятием «критичность». В данном случае понятие «критичность» включает и оценку собственных действий, высказываний, суждений, и оценку психопатологических переживаний, и самооценку личности. Оценка психопатологических переживаний подразумевает способность маркировать болезненность собственных симптомов. Однако понятие «критичность» не удовлетворяет современных потребностей психологии и патопсихологии, за пределами данного термина остается понимание необходимости и динамики лечения, социальных последствий и прогнозов. Кроме того, принципиальная недифференцируемость понятия «критичность» в патопсихологии с критичностью мышления как его главной характеристикой затрудняет адекватное использование данного термина.

Современная патопсихология в своем категориальном арсенале располагает понятием о «внутренней картине болезни», которое подразумевает переживание болезни с субъективной точки зрения без соотнесения с установленным стандартом представления о ней. Но практикующие специалисты отмечают, что правильность отображения объективных характеристик заболевания пациентом не являются достаточным свидетельством наличия адекватного представления в системе внутренней картины болезни, в тоже время развернутая концепция болезни в субъективном пространстве может сопровождаться неадекватность ее оценки пациентом [4, 57]. Следовательно, внутренняя картина болезни тесно связана с ее осознанием, но не совпадает полностью. Наиболее адекватным термином, отражающим соответствие представлений пациента о болезни с внешней реальностью, является термин «инсайт».

Инсайт шизофрении осложнен особенностями данного заболевания. «При шизофреническом процессе, чем больше выражены личностные расстройства, тем меньше выявляется различие между реальностью и текучим миром фантастических, неупорядоченных, лишенных интенций переживаний» [2, 117-118]. Интернет-пространство, в данном случае, также встраивается в структуру бреда и не оказывает существенного влияние на его осознание и оценку. «Больной живет в своем фантастическом мире, и субъективная картина его является отражением отшельнического внутреннего мира распавшейся и раздробленной личности. При этом стираются категориальные установки и границы между я и не-я так, что субъективная картина мира не всегда осознается и осмысливается пациентом как нечто целостное» [2, 118].

Но в период ремиссии у пациента наблюдается иные характеристики инсайта, возрастает роль социальных и психологических факторов, условием которых может выступать информационная сеть Интернет. Основными параметрами оценки аспектов психической болезни являются «осознание», «восприятие окружающих» и «понимание причин». «Осознание» отражает «степень признания человеком наличия у него психической болезни, ее проявлений и последствий». Восприятие психической болезни в системе общественных отношений фиксируется в параметре «восприятие окружающих». «Объективная, языковая система понятий» необходима для того, «чтобы пациент осознал болезненную природу своего состояния и его последствия». При этом общественное значение трансформируется в индивидуальное и становиться субъективным, приобретая личностный смысл. Параметр «понимание причин» «оценивает осознание причинных, смысловых связей между психической болезнью и реальностью окружающего мира, индивидуальной деятельности человека и его самого» [4, 61-62]. Описание и характеристика болезни в информационных Интернет-источниках, общение на специализированных форумах и взаимопомощь людей, оказавшихся в подобной ситуации, консультация специалистов в рамках *е*-терапии – все обозначенные практики, осуществляемые посредством

Интернета, могут оказывать серьезное влияние в оценке психического заболевания пациентом. Таким образом, Интернет может помочь в решении главной проблемы – рассогласованности представлений пациента о своем заболевании с объективной медико-социальной реальностью психического заболевания.

Осуществление психоаналитической функции через Интернет характеризуется рядом преимуществ: доступность, анонимность, коммуникативная комфортность, гибкость. Информационные возможности Интернета способствуют самораскрытию человека, оказавшегося в состоянии болезни. Интернет-терапия органично связана с ментальностью нашего общества: надежда на собственные силы, несвоевременность обращения за помощью, игнорирование серьезности проблемы, опасение огласки – значение всех обозначенных факторов ослабевает при возможности потенциального пациента надежно и безопасно обратиться за психологической помощью онлайн.

Интернет-ресурс может участвовать на всех стадиях переживания болезни: формировании субъективной картины, осознании, адаптации, коррекции, социализации. Интернет может стать важным компонентом в процессе реабилитации и ресоциализации лиц с психическими расстройствами. Но для этого должна быть разработана соответствующая методологическая база, теория кибертерапии, определяющая границы и возможности ее применения, руководствуясь главным принципом медицинской помощи «не навреди».

Литература

1. Горнов Д., Ермолаева Е.В. Социальные сети как пространство взаимодействия субъектов медицины // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 1. – С. 125.
2. Гушанский Э.Л. Субъективная картина болезни и гуманистические проблемы в психиатрии // Человек. – 2000 – № 2. – С. 112-119.
3. Живайкина, А.А. Кузнецова М.Н. Интеракция больных с нарушениями психического здоровья на платформе Интернета // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – №1. – С.184-187.
4. Иржевская В.П., Тхостов А.Ш., Морозова М.А., Рупчев Г.Е. Осознание собственной болезни как проблема в патопсихологии // Вопросы психологии – 2009 – №3. – С. 56-64.
5. Меновщиков В.Ю. Консультирование и психотерапия в интернете: «за» и «против» // Психологический журнал. – 2010 – Т. 31. – №3. – С. 102-108.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14383 Краткое сообщение

Аленин П.Н., Суворов В.В.

Развитие фтизиатрии в контексте заботы о больных туберкулезом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
Работа посвящена развитию фтизиатрии в контексте заботы о больных туберкулезом.

Ключевые слова: фтизиатрия, забота о больных

Общественная борьба с туберкулезом в России началась в 80-е годы XIX века. Она заключалась в осуществлении наблюдения над работой санаториев и здравниц в которых лечились больные туберкулезом. Лечение в данных учреждениях было доступно лишь обеспеченным слоям общества.[1]

Таким образом кумысные здравницы, а затем и санатории явились первым этапом в формировании будущей противотуберкулезной службы.

Следующий этап формирования противотуберкулезной службы характеризуется активной деятельностью сети противотуберкулезных диспансеров.

Существенной переменой в работе фтизиатрической службы стало замещение эпидемиологических методов борьбы с заболеванием на классовые: в первую очередь, медицинская помощь должна была оказываться трудящимся крупных промышленных центров и вступившим в колхоз крестьянам.

Лечебно-профилактическое направление стало ещё одним важным принципом, где удалось удачно сочетать санаторную (профилактическую) и лечебную деятельность. На данном принципе был реализован диспансерный метод работы, главная идея которого состояла в том, что «не только больной, но и здоровый, являются объектом наблюдения и заботы диспансера».

Благодаря масштабным оздоровительным мероприятиям и возросшему уровню жизни населения заболеваемость туберкулезом существенно снизилась, а смертность от него, если сравнивать с 1913 годом, сократилась в городах примерно в 2,5 раза. Тем не менее, по туберкулезу эпидемиологическая обстановка оставалась ещё далекой от благополучной.

В 1970-80-е годы не только в СССР, но и в других развитых странах, стал отмечаться рост заболеваемости туберкулезом и даже смертности от него.

Главные причины подобной динамики видятся в следующем: бедность населения и слабая экономика развивающихся стран; распространение ВИЧ-инфекции и миграционные процессы, уменьшение внимания к проблеме туберкулеза и недостаточное финансирование системы здравоохранения.

На современном этапе развития фтизиатрическая служба не актуализирует в полном объеме свои ресурсы. Причинами этого являются: модернизация института фтизиатрической службы (новые технологии, диспансерный этап более эффективный, дневные стационары) и изменением специфики контингента заболевших туберкулезом.

По группам населения статистика заболевших показывает следующее: работающие - 27,7%, безработные - 52,8%.

В группу риска по туберкулезу входят не только лица, имеющие тесный бытовой контакт с больным туберкулезом (члены одной семьи, студенты в общежитии), но и лица, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками, заключенные, лица без постоянного места жительства.

Особенности контингента больных выявляют основную проблему лечения туберкулеза на современном этапе. Она заключается в том, большинство пациентов не считают туберкулез - серьезной проблемой и пассивно относятся к лечению.[2] Поэтому санаторно-курортное лечение, несмотря на эффективность, остается практически не востребованным. Экономический фактор является основным, т.к. необходимы дополнительные расходы, такие как затраты на трансферт, а также потеря дохода во время прохождения курса лечения в санатории, отрыв от семьи, работа в коммерческой сфере (не оплачивается длительный больничный, возможность замены другим сотрудником).

Основными причинами прекращения лечения были необходимость зарабатывать деньги на жизнь (30%), употребление алкоголя (30%) и недостаточное медико-санитарное просвещение больных, которые считали себя здоровыми (25%). Денежное поощрение в качестве социальной поддержки предпочло большинство пациентов (67%), продукты/горячую пищу – 41%, оплату за проезд – 32%. [3]

Больные туберкулезом отмечают ухудшение отношения окружающих к себе после того, как им было диагностировано заболевание. Еще одним последствием заболевания туберкулезом является снижение социального статуса, это отмечают большинство из заболевших.

Заболевание туберкулезом у многих из заболевших, связано с распадом семьи, это усугубляет реакцию пациента на болезнь. Сужается круг интересов и образ жизни больного значительным образом изменяется. Поэтому в процессе лечению нужно помочь пациенту сформировать новые цели в жизни и научить способам их достижения.

Таким образом, на современном этапе развития противотуберкулезной службы основной задачей является не только лечение туберкулеза, но и формирование позитивной мотивации к лечению у больного.

Литература

1. Аленин П.Н., Суворов В.В. Организация борьбы с туберкулезом в Саратовской области // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 123-124.
2. М. А. Юранова, Д. Ю. Рузанов, И. В. Буйневич Анализ факторов, влияющих на формирование приверженности лечению больных туберкулезом(обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. 2013. №1 (35)
3. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению /В. Якубовяк, Е.М. Богородская, С.Е. Борисов и др. //Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2009. – № 3. – С. 18-24.

4. Павлова Л.А., Ермолаева Е.В. Здоровье и здоровый образ жизни российского студенчества // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 101-102.
5. Червоненко Д.В., Шелудько А.Н., Ермолаева Е.В. Вредные привычки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 81.
6. Аленин П.Н., Андриянова Е.А., Живайкина А.А., Масляков В.В. Факторы профессионализации фтизиатрии на современном этапе развития отечественного здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-3. С. 449-452.
7. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Оздоровительный туризм как индивидуальная траектория здоровьесбережения // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 4. С. 50-54.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14384 Оригинальная статья

Усова Е.Н.

Институционализация помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
В статье рассматриваются формы государственной помощи пациентам, болеющим хроническим вирусным гепатитом С.

Ключевые слова: социально значимое заболевание, хронический вирусный гепатит, гепатит С

Хронический вирусный гепатит С относят к социально значимым инфекциям. В нормативных документах Министерства здравоохранения к социально значимым относят заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящими ущерб обществу и требующими социальной защиты человека [11]. Содержательные характеристики понятия «социально значимое заболевание» включают в себя: 1) массовость (большая распространенность, большой процент «скрытых» больных); 2) ежегодное увеличение показателей прироста количества заболевших; 3) значительные изменения социального функционирования больного; 4) вероятность заражения для окружающих; 5) инфекционный и неинфекционный характер [13].

Согласно Постановлению Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 к социально значимым относят следующие заболевания: инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), туберкулез, гепатит В и С, ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни сердца [1, 9].

Все социально значимые болезни медицине традиционно делятся на две группы. К первой группе относятся заболевания явного соматического характера – это онкологические заболевания, диабет, кардиологические заболевания, группа психических расстройств. Ко второй группе – заболевания, которые традиционно считались заболеваниями, свойственными низшим слоям населения – туберкулез, гепатит, ИППП, ВИЧ.

Перечисленные социально значимые заболевания одновременно являются хроническими заболеваниями.

Особое внимание государства к социальным болезням связано с появлением угрозы заражения ВИЧ-инфекцией и СПИДом. За рубежом первые сообщения о возникновении и распространении инфекции появились в 1970-е г [25]. Последние данные «ЮНЭЙДС - Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ» о глобальной статистике на конец 2015 год представлены следующими цифрами: 78 миллионов человек заболели ВИЧ с момента начала эпидемии; 36,7 миллиона человек во всем мире жили с ВИЧ; 2,1 миллиона человек были инфицированы ВИЧ; 35 миллионов заболевших умерли от болезней, обусловленных СПИДом, с момента начала эпидемии [23].

В России первая официальная статистика по ВИЧ-инфекции появилась в 1987 году и была представлена в СМИ единичными случаями. Однако, в СМИ первые случаи заражения были выявлены уже в 1985 году. На уровне государственного регулирования были приняты меры, которые нашли отражение в ряде документов: приказ Минздрава СССР № 621 от 30.04.1987 г. «О выполнении задач по борьбе со СПИД», приказ Минздрава РСФСР от 10 июля 1987 г. № 501 «О расширении мероприятий по борьбе со СПИД в РСФСР». В этот же период начала формироваться специализированная служба противодействия ВИЧ/СПИДа в стране.

В этот же период начала формироваться специализированная служба противодействия ВИЧ/СПИД в нашей стране. Стали организовываться государственные «Центры по профилактике и борьбе со СПИД» [3]. В 1994 году был основан Саратовский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД (ГУЗ «Центр СПИД»). Перед этой службой были определены задачи по борьбе со СПИДом: 1) предупреждение распространения СПИДа половым путем; 2) предупреждение распространения СПИДа через кровь; 3) проведение диагностических и лечебных мероприятий, диспансеризация; 4) обеспечение правовой и социальной защиты; 5) улучшение системы эпид-надзора; 6) обеспечение и подготовка кадров; 7) укрепление материально-технической базы [4].

В постсоветский период показатели заболеваемости продолжали увеличиваться. К 2001 году число носителей инфекции составило около 90 000. По последним эпидемиологическим данным по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на 2014 год общее количество инфицированных составляет 907 607 человек [22]. В связи с чем Организацией «ЮНЭЙДС» Россия, как и некоторые страны Африки, была объявлена «зоной бедствия» в сравнении с другими странами [26].

Вирусный гепатит С - это одна из социально значимых инфекций. Официальная регистрация острой формы гепатита С в России началась в 1994 году, а регистрация впервые установленных случаев хронического вирусного гепатита С началась лишь в 1999 г. В 2000 г. по сравнению с 1998 г. заболеваемость гепатитом С возросла на 45,1%. Согласно данным Роспотребнадзора наиболее пораженными регионами были признаны Ямало-Ненецкий автономный округ, Санкт-Петербург, Сахалинская область, Новосибирская область, Липецкая область, Мурманская область и Республика Алтай [12]. По оценкам ВОЗ вирусные гепатиты, как «тихая эпидемия», все больше захватывает население земного шара, имея тенденцию к повышению показателей заболеваемости [27]. По данным исследований в мире насчитывается 170 млн человек, инфицированных вирусом гепатита С (ВГС) [24].

Профилактика и лечение социально значимых заболеваний находятся в зоне ответственности государства и социальная политика формируется в той части области здравоохранения, которая направлена на их предупреждение, профилактику и лечение.

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 года N 683 одной из целей национальной безопасности является борьба с социально значимыми заболеваниями [15]. Государственная политика по борьбе с социально значимыми заболеваниями продолжает совершенствоваться и реализуется путем формирования законодательной базы, принятия федеральных законов, устанавливающих основные правовые нормы. Она реализуется через основной Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [17] и дополнительными законами, среди которых: Федеральный закон "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" [18] и "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний" [19]. Данные законы формируют юридические основы осуществления государственной политики по вопросам предупреждения распространения данных заболеваний в Российской Федерации в целях

охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. А также Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" [21] и ряд других.

Перечисленные нормативные акты поставили новые задачи перед системой здравоохранения по организации медико-социальной помощи и обеспечению диспансерного наблюдения в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях относительно социально значимых заболеваний. Основными задачами профилактических направлений являются следующие:

1) регуляция правовых отношений в области профилактики и лечения социально значимых заболеваний. Для решения данной задачи государством были приняты федеральные законы, устанавливающие основные правовые нормы в области профилактики и лечения социально значимых заболеваний. Наиболее эффективным механизмом реализации этой задачи являются федеральные целевые программы;
2) федеральные законы определили правовые, организационные и экономические основ охраны здоровья граждан;
3) определили права и обязанности человека в сфере охраны здоровья, а также гарантию реализации этих прав;
4) определение полномочий и ответственности органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья. На каждом уровне прописываются обязанности и ответственность. На основании законодательной базы определены приоритеты развития профилактики в сфере здоровья граждан, которые обеспечиваются путем осуществления различных программ и мероприятий по предупреждению, раннему выявлению и борьбе с социально значимыми заболеваниями [20].
5) определение прав и обязанностей медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья, т.е. расширяется диапазон ответственных лиц;
6) определение прав и обязанностей медицинских работников и фармацевтических работников.

Законодательная база реализуется в целевых программах федерального и регионального уровней. На федеральном уровне разработана целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)». Среди главных целей данной программы называют следующие: снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения от социально значимых заболеваний, увеличение продолжительности жизни, улучшение качества жизни. Данная федеральная целевая программа включает в себя подпрограммы отдельно по каждому из видов социально значимого заболевания, включая вирусные гепатиты [10].

Комплексность лечения пациентов с социально значимыми заболеваниями требует серьезных затрат на диагностику, лечение, и профилактику болезней, а также на социальную поддержку таких больных. Объем финансирования данной программы составил 962 628 403 рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета - 458 954 403 рублей, бюджетов субъектов РФ - 487 632 000 рублей и внебюджетных источников - 16 042 000 рублей [8].

В рамках программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)» прописаны основные задачи, а также критерии эффективности программ. Общими задачами программы являются: 1) совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; 2) разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации на основе передовых технологий; 3) строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений. К общим критериям оценки эффективности программ по борьбе с социально значимыми заболеваниями относятся следующие: 1) снижение доли осложнений; 2) увеличение средней продолжительности жизни заболевших; 3) снижение заболеваемости; 4) снижение смертности; 5) снижение числа вновь зарегистрированных в течение года случаев заражения; 6) улучшение показателей, характеризующих раннее выявление заболеваний; 7) снижение доли больных, умерших от социальных заболеваний; 8) снижение заболеваемости детей; 9) увеличение доли специализированных медицинских учреждений, осуществляющих мониторинг заболеваний; 10) увеличение количества специализированных центров профилактики и лечения заболеваний.

Реализация данных программ осуществляется на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Государственным заказчиком выступает министерство здравоохранения, администрации муниципального образования, комитет по здравоохранению конкретного края, области, региона. В качестве исполнителя программы выступают конкретные медицинские учреждения – диспансеры, центры по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, центры медицинской профилактики и т.д. [7].

В зависимости от типа организации программа предполагает решение следующих задач: 1) предупреждение распространения и лечение социально значимых заболеваний; 2) профилактика инфекций; 3) совершенствование предупреждения, выявления и лечения ВИЧ/СПИД; 4) совершенствование ранней диагностики и профилактики; 5) формирование и пропаганда здорового образа жизни в рамках реализации мероприятий по долгосрочным муниципальным целевым программам [6].

Проведенный в 2011 году анализ профилактических программ по борьбе с такими социально значимыми заболеваниями как онкологические, показал, что реализуемые в последние годы профилактические программы оказываются мало эффективными [5]. Также в 2011 году в Проекте постановления «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко был констатирован тот факт, что мероприятия, направленные на профилактику и борьбу с ВИЧ – инфекцией, осуществляются на недостаточном уровне, т.к. сохраняется высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в нашей стране, а темпы прироста новых случаев заражения даже увеличиваются [11].

В исследовании 2013 года показано, что наиболее эффективными являются программы, адаптированные к местным социально-экономическим условиям, направленные на конкретные группы населения, а также мероприятия программы профилактики, пропагандирующие здоровый образ жизни, семейные ценности, предупреждения ранних половых контактов [16].

Возникает следующая проблемная ситуация: при сильной законодательной базе не наблюдается ситуация снижения заболеваемости. Несмотря на то, что данные программы разработаны и реализуются на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, сфера ответственности которых четко определена и прописана, эпидемиологическая ситуация в стране не улучшается, а даже, наоборот, выявлен прирост случаев социально значимых заболеваний. Что формирует потребность в поиске новых механизмов решения проблемы социально значимых заболеваний.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Литература

1. Андриянова Е.А., Тихонова С.В., Иорина И.Г. Институциональный PR медицины в современной России // Социология медицины. 2008. № 1. С. 14-16.
2. Андриянова Е.А., Миронова Н.И., Степанова Е.Н. Особенности социально-психологического типа личности у пациентов с гепатитом С // Психология развития и стагнации личности в рамках современного общества Материалы II Международной научно-практической Интернет-конференции. Система виртуальных конференций Pax Grid; ИП Синяев Дмитрий Николаевич. 2014. С. 9-11.
3. Казеннова Е.В., Бобков А.Ф. Подтипы вируса иммунодефицита человека 1 типа: классификация, происхождение и распространение в Европе. Журнал микробиологии, 2003, N 1, 90-96.
4. Козлова Н. Цена заблуждений. Что мы знаем о СПИДЕ? / Н. Козлова, С. Сумачакова // Библиотека. – 2011. – № 9. – С. 66-69.
5. Подковыркин Н.А., Шутова И.А., Турков С.Б. Оценка эффективности программпо профилактике онкологических заболеваний//Медицинский альманах. - 2011. - № 5 (18). - С. - 96-99.
6. Постановление от 15.10.2012г. Об утверждении долгосрочной муниципальной целевой программы «Профилактика социально значимых заболеваний в Усть-Кутском муниципальном образовании на 2013-2015 гг.».
7. Постановление Правительства Красноярского края от 20.11.2010 № 574-п "Долгосрочная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2011–2013 годы".
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. N 280 г. Москва "О Федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)".
9. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих".
10. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. N 280 "О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" (С изменениями и дополнениями от 28 декабря 2012 г.).
11. Приказ Росстата от 22.11.2010 N 409 "Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения".
12. Проект постановления «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
13. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2013. - № 3. - С. - 3-10.
14. Роспотребнадзор (2011). Решение коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 03.06.2011.
15. Указ Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 года N 683 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации".
16. Уразбагамбетов А., Чечельницкая С.М. Анализ программ профилактики ВИЧ и рекомендации по их совершенствованию//Практическая медицина. - № 05 (13), 2013 [Электронный ресурс: http://pmarchive.ru/analiz-programm-profilatiki-vich-i-rekomendacii-po-ix-sovershenstvovaniyu] (Дата обращения: 29.01.2016).
17. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (действующая редакция, 2016).
18. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации (с изменениями на 23 мая 2016 года) (редакция, действующая с 1 января 2017 года)».
19. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней (с изменениями на 19 декабря 2016 года)».
20. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
21. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (С изменениями и дополнениями от 23 мая 2016 г.)
22. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом/ [Электронный ресурс: http://www.hivrussia.ru/stat/index.shtml] (дата обращения: 15.01.2016).
23. ЮНЭЙДС - Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ.Глобальная статистика. Информационный бюллетень, Ноябрь 2016 [Электронный ресурс: http://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet], (дата обращения: 20.08.2016).
24. Ott J.J. et al. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAgseroprevalence and endemicity. Vaccine. 2012: (12): 2212-9.
25. Sepkowitz K. A. AIDS--the first 20 years. (англ.) // The New England journal of medicine. — 2001. — Vol. 344, no. 23. — P. 1764—1772.
26. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013 [Электронный ресурс: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf], (Дата обращения: 20.01.2016).
27. World Health Organization (WHO). Hepatitis C. (Fact sheet number 164). 2011.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2017. Volume 7. Issue 3

ID: 2017-03-35-A-14385 Краткое сообщение

Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В.

История развития онкологической службы в России

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Представлена история развития Российской онкологии, перспективы развития сестринской профессии в онкологической службе.

Ключевые слова: онкологическая служба, средние медицинские работники

Развитие онкологической службы в России имеет длительную историю развития, еще в девятнадцатом веке проводились эпизодические попытки изучения и лечения рака. По инициативе профессора Л.Л. Левашова при Московском университете на средства промышленников Морозовых был открыт 1 – й Раковый институт. В 1908 году в Санкт-Петербурге создается общество по борьбе с раковыми заболеваниями, а в 1911 году на средства Елисеевых там же открывается больница для бедных женщин, страдающих злокачественными опухолями.

В 1910 году издается первое отечественное руководство по онкологии «Общее учение об опухолях», автором которого был основоположник Российской онкологии Н.Н. Петров. В тот же 1910 год вышел приказ Народного Комиссара здравоохранения СССР № 273, в котором впервые была дана номенклатура медицинских учреждений и были введены термины «онкологический диспансер» и «онкологический пункт».

В 1914 году состоялся 1 - й Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями, где Н.Н. Петровым было предложено организовать онкологическую службу по диспансерному типу, и уже в 1931 году в Харькове на I Всесоюзном съезде онкологов были оформлены основные принципы диспансерного наблюдения онкологических пациентов. На съезде было предложено создать государственную онкологическую программу. Народный Комиссар здравоохранения издал приказ от 05.05.1935 года «Об организации борьбы с раковыми заболеваниями». Впервые было регламентировано открытие онкологических отделений в больницах крупных городов и открытие центрального онкологического института.

В СССР после окончания Великой Отечественной войны в 1945 году, государственная система онкологической службы была восстановлена. Она была построена по диспансерному принципу и имела строго очерченные функции и задачи, направленные па профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию онкологических больных, а также диспансерное наблюдение за ними после лечения [6].

В современной Российской Федерации онкологическую службу возглавляют Министерство здравоохранения России и министерства здравоохранения областей. Головным онкологическим учреждением России является Онкологический научный центр Российской Академии Наук. В состав ОНЦ РАМН входят три НИИ: институт экспериментального канцерогенеза, клинический институт, институт эпидемиологии. В составе онкологической службы 8 научно-исследовательских институтов и центров, 118 онкологических диспансеров республиканского, областного и городского уровня, более 2 тыс. онкологических и радиологических отделений и кабинетов, важную роль в структуре онкологической помощи населению играют региональные онкологические центры.

С 1991 года в России количество среднего медицинского персонала уменьшилось вдвое, это связано как с уменьшением подготовки кадров, так и с уходом из профессии. В целом численность среднего медицинского персонала относительно врачей приблизительно 1,2., должно быть не менее 1:3.

В России 2014 году число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 14 307, физических лиц - 8 778. В ЛПО России работали 6 589 онкологов (2009 г. - 5 851), 1 590 радиологов и 71 радиотерапевт. В 2014 г. на одного врача-онколога приходилось 499,5 больных (2009 г. - 460,1). Число занятых штатных единиц среднего медицинского персонала 4 онкологических учреждений России в 2014 г. составило 24 910 единиц (число штатных единиц - 27 246). На 1 000 выявленных случаев приходилось 50,0 единиц среднего медицинского персонала. Среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете, в расчете на одного среднего медицинского работника составило 120,8 (2009 г. – 111,0).

Контингент больных со злокачественными заболеваниями продолжает увеличиваться. Число онкологических коек в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) России за последние годы 2009-2014 гг. выросло на 4291, в расчете на 1 000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований - (с 2009 г. – 60,7 до 64,1). Число радиологических коек составило 7 933 (2013 г. - 7 973) или 14,6 на 1 000 вновь выявленных случаев злокачественного новообразования. Согласно данным официальной статистики, на онкологические койки для взрослых были госпитализированы 1 069 207 больных [4].

Эта отрасль медицины постоянно и стремительно развивается в последние годы это достижения рентгенхирургии (кибернож). Научные открытия в области онкоиммунологии, онкогенетики (а правильнее, видимо, будет сказать в целом – биотерапии рака) вдохнули в науку «второе» дыхание, новые надежды на победу над этим недугом [1].

Экономический фактор, фактор высокого уровня заболеваемости населения злокачественными заболеваниями диктует и все возрастающие требования к среднему медицинскому персоналу от ухода к освоению осуществления процедур включенных в высокотехнологичную помощь.

В современные подходы лечения онкологических больных должны быть основаны на комплексном подходе, включающем в себя профилактику, раннюю диагностику, помощь в борьбе с основным заболеванием, психологическую поддержку, реабилитацию, а также паллиативные мероприятия. Специфика онкологических пациентов и социальная значимость онкологических заболеваний увеличивает потребность в специализации медицинских сестер в этой сфере, формирования у них новых знаний и умений, связанных с проведением множества самых современных лечебных мероприятий.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Процесс дифференциации профессии медицинской сестры в последние десятилетия усилился, современное развитие онкологии детерминирует новую структуру профессии медицинской сестры онкологического профиля. Она связанна с выделением относительно самостоятельных сфер деятельности, где возможно проявления большей профессиональной компетентности: профилактики, информирования пациентов, диагностики, введение и поддержка при химио- и лучевой терапии, реабилитации, оказания психологической поддержки пациентам и членам их семей, при оказании паллиативной помощи.

Действенность современных методов борьбы с онкологическими заболеваниями зависит не только от поисков новых способов лечения рака, но в большей степени от оптимизации работы онкологической службы, разработки профилактических мер, расширения скрининговых мероприятий, возможности наиболее рационального использования потенциала среднего медицинского персонала. Более широкое внедрение сестринского процесса в паллиативной помощи, повысит вовлеченность медицинских сестер в профилактику, диагностический скрининг и улучшение информирования населения, возможно, позволит снизить дефицит кадров сестринской практики.

На сегодняшний день оказание паллиативной помощи взрослым и детям регламентируется следующими нормативно - правовыми актами: Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.11г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, Порядком оказания паллиативной помощи взрослому населению, утвержденный приказом Минздрава РФ №1343н от 21.12.12 г.

На основе решения задач, обозначенных Концепцией развития здравоохранения в РФ до 2020 г., а именно, повышения квалификации медицинских работников и создания системы мотивации к их качественному труду, развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении, информатизации здравоохранения, необходимо повышение качества профессиональной деятельности медицинских сестер и в сфере онкологии [5].

В этой связи назревает необходимость поиска внутренних и внешних ресурсов модернизации сестринской профессии, способных обеспечить повышение статуса медицинских сестер, повышение оценки социальной значимости их профессиональной деятельности как со стороны медицинского сообщества, так и общества в целом. Поиск интенсивных моделей развития сестринской профессии в онкологии предполагает активизацию разработки более гибких механизмов управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения. Что в свою очередь будет способствовать улучшению качества оказываемой социально-медицинской помощи и удовлетворения ожиданий и потребностей всех участников лечебного процесса.

Литература

1. Андриянова Е.А., Тихонова С.В., Иорина И.Г. Институциональный PR медицины в современной России // Социология медицины. 2008. № 1. С. 14-16.
2. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: диссертация на соискание ученой степени доктора социологических наук / Волгоград, 2006.
3. Андриянова Е.А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. Саратов, 2005.
4. Каприна А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. под редакцией / Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году - М. МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2015. - илл. - 236 с.
5. Порох Л.И. Ресурсы повышения профессионального статуса медицинских сестер онкологической службы // автореф. дис. … канд. мед. наук / Л.И.Порох. – Волгоград, 2015. – 28 с.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Харламова Н.Н. // К истории Российской онкологии // Российский онкологический журнал – 1998. №3.- С.71-75.

ID: 2017-03-35-A-14386 Краткое сообщение

Андриянова Е.А., Засыпкина Е.В.

Социальные технологии в сестринской практике

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
Работа посвящена социальным технологиям в сестринской практике.

Ключевые слова: социальная технология, сестринская практика

Средний медицинский персонал выступает в качестве реального потенциала для удовлетворения растущих потребностей населения не только в медицинской, но и в социальной помощи. Решение чисто медицинских проблем, связанных с болезнью, не приводит к удовлетворению всех потребностей пациента. Социальный контекст является интегральной частью любой болезни. Медицинские сестры не только обеспечивают клиники высококвалифицированными кадрами, но и являются основным элементом в осуществлении социального менеджмента. Тенденция современного здравоохранения к повышению профессиональной роли медицинской сестры в медико-социальной помощи приобретает всё большую устойчивость и повсеместное распространение [1].

Немаловажная роль отводится медицинской сестре в организации занятий в форме «обучающих школ» для пациентов. В задачи медицинской сестры, ведущей школу, входит разъяснение в доступной форме причин и механизмов развития заболевания, риска возможных осложнений, принципов терапии и профилактики, обучение больных методам самоконтроля за состоянием, приемам оказания самопомощи. В настоящее время медицинская сестра рассматривается не как исполнитель врачебных назначений, а как думающий, грамотный, профессиональный специалист, который берет на себя долю ответственности за состояние здоровья населения на участке, является полноправным членом команды общей врачебной практики и способен самостоятельно решать определенные медико-социальные проблемы в рамках своей компетенции [3].

Ряд новых социальных технологий уже внедряется в практическое здравоохранение России, а некоторые находятся в стадии эксперимента и разработки. Это медико-социальная помощь геронтологическим больным на дому, сестринская школа пациента, отделение сестринского ухода, хосписы, стационарные отделения медико-социального ухода, реабилитация больных и т.д. [6].

В процессе оказания паллиативной помощи медицинские сестры, являясь полноправными членами мультидисциплинарной команды, играют одну из ведущих ролей. Деятельность медицинских сестер хосписов и отделений паллиативной помощи приобретает ярко выраженную медико-социальную направленность. В их обязанности входят не только: кормление, санитарно-гигиеническое обслуживание пациента, выполнение назначений врача, ведение медицинской документации, раздача лекарств, а также такие функции ухода, как беседа, разъяснение, обучение пациента и членов его семьи, проведение реабилитационных мероприятий, присутствие рядом с пациентом, помощь в оформлении документов для МСЭК и т.д. [5].

К сожалению, современная экспертиза качества медицинской помощи в России в основном опирается на оценку работы врачей, а оценка сестринской помощи и сестринского ухода не находит должного отражения в существующей системе контроля качества.

В связи с этим весьма актуальной является проблема разработки и утверждения стандартов оказания сестринских технологий. Это даст возможность медицинской сестре видеть профессиональные перспективы. Без этого не будут заданы основные ориентиры сестринской ответственности и сестринской помощи в целом [4].

Для решения проблемы автономности и полномочий медицинской сестры требуются конкретное определение ее профессиональной роли, круга ее обязанностей и сферы ответственности, разработанные стандарты практики и описание соответствия действий сестринского персонала этим стандартам, что послужит также юридическим подтверждением ее компетенции. Управлять качеством сестринской помощи можно лишь тогда, когда деятельность медицинских сестер изучена, структурирована, нормирована, и, следовательно, может быть оценена в соответствии со стандартом [2].

Литература

1. Андриянова Е.А., Алешкина О.Ю., Засыпкина Е.В. Социально-профессиональный статус медицинских сестер в контексте инновационных преобразований в сестринской практике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 2. С. 491-494.
2. Двойников С.И., Пономарева Л.А. Основные характеристики качества сестринского образования // Медицинская сестра – 2004. – № 7. – С. 38-43.
3. Калининская А.А., Бальзамова Л.А., Шляфер, С. И. Организация работы медицинских сестер общей практики в условиях перехода лечебно-профилактического учреждения на общую врачебную практику // Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения: материалы II Всерос. съезда средних медицинских работников, Москва, 20-21 октября 2004 г. – М. : ГОУ ВУНМЦ, 2004. – С. 102-107.
4. Камынина Н.Н. Подготовка руководителей сестринских служб // Медицинская сестра. – 2010. – № 8. – С. 44-46.
5. Катрунов В.А., Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В. Паллиативная терапия и качество жизни безнадежно больных пациентов // Философские проблемы биологии и медицины Сборник статей. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Московское философское общество. – 2015. – С. 131-133.
6. Хосписная и паллиативная помощь в России: от теории к практике / О. И. Усенко [и др.] // Медицинская сестра. – № 6. – 2010. – С. 3-10.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

ID: 2017-03-35-A-14387 Краткое сообщение

Кампос А.Д., Чебан А.Г.

Социальное участие: к вопросу о комплектовании донорских кадров

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Работа посвящена проблеме мотивирования безвозмездной донации крови и комплектования донорских кадров.

Ключевые слова: донация крови, социальное участие, гражданское общество, здравоохранение, рекрутирование доноров, федеральный закон, безвозмездное донорство

В России пятый год практикуется безвозмездная донация крови. Смена моделей поставила вопрос о необходимости пропаганды донорского движения, о формировании определенных мировоззренческих установок. Донацию крови стало необходимо популяризировать именно как акт милосердия, выражение общественного долга, гражданскую инициативу, осознанное выражение групповых интересов.

Примечательно, что пропаганда донорства зафиксирована в Федеральном законе от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 23.05.2016, с изм. от 19.12.2016) «О донорстве крови и ее компонентов» и представляет собой информирование населения о социальной значимости донорства крови и ее компонентов в целях привлечения потенциальных доноров к сдаче крови и (или) ее компонентов. При этом пропаганда донорства возлагается не только на медицинских работников, но и на «общественные институты, консолидирующие в своих объединениях усилия по решению задач организации и развития донорства» [1, с. 23]. Основным общественным органом, представляющим общественные интересы, выступает «Комиссия Общественной палаты РФ по социальным вопросам и демографической политике и «Национальный фонд развития здравоохранения» (НФ), при котором открыт координационный центр, объединяющий социально ориентированные НКО, занимающиеся безвозмездным донорством»[1, с. 23].

Когда в 2012 г. шло обсуждение перспектив реализации нового ФЗ, утверждающего безвозмездное донорство, многие общественники да и медицинские работники высказывали серьезные опасения по поводу налаживания работы станций переливания крови в новом режиме. Регионы столкнулись с проблемой привлечения новых доноров, ориентированных не столько на материальную компенсацию донации, сколько на ее гуманистическую составляющую. Однако на сегодняшний день можно констатировать, что ситуация вполне стабильна.

Тем не менее проблема популяризации социального участия как вида гражданской активности в сфере донации крови требует поиска новых и отработки существующих методов рекрутирования первичных доноров. Учитывая долю отводов (до 20% от числа обращений) [2, с. 239], становится очевидной необходимость повышения престижа донорства, увеличения донорского потенциала нашего общества. Согласно ВОЗ, показатель донорства на 1000 жителей должен равняться 40, в то время как в России он составляет 14. Следовательно вопрос о комплектации донорских кадров далек от решения: лишь продолжая мотивировать потенциальных доноров, формируя соответствующие групповые интересы, можно будет рассчитывать на формирование социально ответственного донорского контингента.

Идеология помогающего поведения коррелирует с идеей социального интереса (А. Адлер), отражает принципы развития гражданского общества. Воспитывая приверженность донорству, формируя идеологию социального участия, медицинские работники и общественные активисты способствуют координации и масштабированию донаций крови в частности и социального участия в целом. При этом важной составляющей гражданского участия признаются «не только поведенческие практики, но и мировоззренческие установки: социальное и межличностное доверие, готовность объединяться»[4]. Примечательно, что современные масштабные исследования мотивации доноров «свидетельствуют о преобладании альтруистических мотивов к донорству крови <…> Это свидетельствует о том, что денежная компенсация за сданную кровь, являясь для человека значимой, не является главным мотивом к донорству»[5, с. 85]. Активизация технологий пропаганды донорства будет способствовать переходу от спонтанных донаций крови к регулярным плановым кроводачам, позволяющим медикам работать в стабильных условиях.

Литература

1. Благодир А.Л., Кирилловых А.Л. Комментарий к Федеральному закону от 20 июля 2012 г. № 125 ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (постатейный). М., 2014.
2. Бурлаева Э.М., Зеленцова В.Ф., Воронцова И.А. О медицинских отводах от донорства // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2009, №3 (67).
3. Зарубин М.В. Социология и мотивация доноров Иркутской области // Сибирский медицинский журнал. 2014, №1.
4. Иванова И.И. Индикаторы гражданского участия // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), Modern Research of Social Problems, №9(29), 2013. http://cyberleninka.ru/article/n/indikatory-grazhdanskogo-uchastiya

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2017. Volume 7. Issue 3

ID: 2017-03-35-A-14388 Обзор

Завьялов А.И., Андриянова Е.А., Суворов В.В.

Развитие педиатрии в Саратовской области: ретроспективный анализ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме
Работа посвящена основным этапам становления и развития педиатрии в саратовской области.

Ключевые слова: педиатрия, Саратовская область

Высокий уровень заболеваемости и смертности детей в Саратовской губернии, особенно в периоды эпидемий, вызывал большую обеспокоенность у медицинской общественности. Уже с середины 70-х годов XIX века на заседаниях физико-медицинского общества Саратова впервые стали поднимать вопросы о значении статистических исследований в области школьной гигиены, влиянии климатических и бытовых условий на уровень заболеваемости детей и подростков. В связи с этим была избрана комиссия, в деятельности которой одним из приоритетных направлений являлось проведение исследований гигиенических проблем учебных заведений. Спустя два года вновь организованное общество санитарных врачей становится активным продолжателем научно-практической деятельности в изучении вопросов школьной гигиены. Члены общества обратили особое внимание на то, что в школах дети проводят большую часть дня при искусственном освещении и постоянном умственном напряжении, и это может оказывать неблагоприятное влияние на их физическое развитие и умственную деятельность. Особое внимание уделяли организации правильного питания детей в школах, духовном и реальном училищах. В сферу интересов общества санитарных врачей входило изучение вопросов переутомления учащихся средних учебных заведений Саратова. Врачи общества проводили публичные чтения для населения по проблемам гигиены детского возраста.

Вопросы школьной гигиены волновали не только общественные организации, но и представителей земской медицины. Так, в 1889 г. на V губернском съезде врачей и представительств земств, был заслушан доклад доктора В.Д. Ченыкаева «Опыт санитарного исследования школ Балашовского земства», по которому были приняты следующие предложения: «следить за санитарным состоянием народной школы должен земской врач; план вновь строящейся школы необходимо обсуждать с врачом; размеры классных комнат должны соответствовать количеству детей…» [13, с. 26].

Необходимость организации стационарной медицинской помощи детям в Саратовской губернии возникла в 90-е годы XIX века. В этот период по губерниям Поволжья прокатился ряд сменяющих друг друга эпидемий холеры, дифтерии, сыпного тифа, которые уносили десятки тысяч маленьких жизней.

В конце XIX века средняя продолжительность жизни в России едва достигала 30 лет. Не потому, что взрослые люди не доживали до старости, а из-за того, что каждый третий умирал ещё в младенчестве. Доктор Алексей Егорович Романов на 3-м земско-медицинском съезде приводил такие данные: в Кузнецком уезде из 100 родившихся на первом году жизни умирают: у русских – 36 младенцев, у мордвы – 25, у татар – 12 [7, с. 149].

Иван Никитич Буховцев в 1889 г. в подготовленном для губернатора медицинском отчёте, в котором отразил распределение детской смертность в зависимости от конфессиональной принадлежности родителей: «Из собранных мною за 11 лет статистических данных о смертности населения Саратовской губернии разных вероисповеданий по возрастам видно, что у православных из каждых 1000 умерших на долю детей моложе 1 года приходится 480, у католиков – 277, у лютеран – 331, а у магометан – 259».

И.Н. Буховцев в статье «Статистика смертности по г. Саратову за 1886 год» с возмущением писал об установившейся варварской традиции прикармливания детей в православных семьях: «Новорождённому почти во всех классах общества в первые дни жизни не дают груди, мотивируя это тем, что до третьего дня у матери будто бы нет молока; поэтому вместо груди ему дают рожок с сахарною водою, чаем, ромашкой, коровьим молоком, или соску с кашей или жёваным белым хлебом, смотря по соображениям и большему или меньшему невежеству окружающих. При помощи такого вскармливания, к тому времени, когда у матери набухнут груди (вещественное доказательство для окружающих, что молоко пришло) ребёнок уже получает диспепсию и колики. Он кричит от колик, крик же его объясняют голодом и потому беспрестанно прикладывают его к груди; а так как грудное молоко многими за пищу не считается, то на сцену является каша, рожок или соска из тюри, остающаяся во рту ребёнка целыми сутками. У ребёнка, который не в состоянии был бы переварить и того количества грудного молока, которое ему дают, от такой несоответственной его пищеварительным органам пищи развивается их воспаление, от которого многие из них и погибают» [14].

Так как крестьяне не очень-то доверяли «дохтурам», врачи прибегали к авторитету церкви. Так, в 1891 году Саратовская губернская управа напечатала и разослала по приходам тысячу экземпляров написанного тамбовским земским врачом В.И. Земблиновым «Наставления матерям о вреде прикармливания без нужды грудных детей до времени прорезывания зубов» [9]. Управа просила священников во время крещения младенцев доводить до сведения матерей рекомендации врача.

Первая детская больница в Саратове была построена в 1901 году по инициативе врача-педиатра Б.П. Бруханского на личные средства саратовского купца И.А. Поздеева, который завещал своей супруге крупную сумму денег. Торжественное открытие состоялось 25 февраля 1901 года. Заведовать больницей пригласили Бориса Павловича Бруханского, до того работавшего ассистентом профессора Филатова в Москве. Поначалу оборудовалась больница всего на 12 кроватей (через восемь лет – уже 100 коек). Кроме основного корпуса в комплекс больницы входили бараки и службы, и вместе с садом больница занимала 800 квадратных саженей [5, с. 33-35].

В течение многих лет руководство больницей и организацию в ней лечебной работы осуществлял Б.П. Бруханский, сначала в качестве директора, а затем преподавателя кафедры детских болезней медицинского факультета (с 1919 г.) и далее (с 1922 по 1929 гг.) – доктора медицины, профессора с самостоятельным ведением обязательного курса детских инфекционных болезней [11, с. 80].

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

Хотя детская больница принадлежала не городу – местному отделению Всероссийского общества Красного Креста, но городская Управа ежегодно выделяла субсидию на ее содержание в размере 2000 рублей (это вдвое больше, чем тратило само общество Красного Креста) [7, с. 153]. До того общество практиковало лечение детей в своём приёмном покое, и вот наконец-то обзавелось собственной больницей. С годами увеличился коечный фонд, а с 1907 г. больница стала принимать инфекционных больных, которые размещались в деревянных флигелях. С 1912 г. официально было открыто детское «заразное» отделение и штат увеличился на 6 врачей.

От имени учредителей «Общества для борьбы с детской смертностью в Саратове» 19 февраля 1903 года Б.П. Бруханский подал на утверждение губернатору Устав этого общества (за основу взяли устав общества пособия бедным). Целью общества объявлялось «доставление нормального питания детям грудного возраста города Саратова без различия пола, звания, состояния и вероисповедания». Оговаривалось, насколько хватит средств, организовывать питание и детям старших возрастов. Третьего марта 1903 г., исполняющий должность Саратовского губернатора П.М. Азанчевский начертал на проекте Устава «Утверждаю».

Свою лепту в борьбу с детской смертностью внёс и новый руководитель губернского здравоохранения Николай Иванович Тезиков. Переведённый на службу в наш город из Воронежа, он привёз с собой идею организации летних детских яслей-приютов, уже практиковавшихся там. В 1903 году ясли открыли во всех десяти уездах, в 23 сёлах. Оплачивали питание и содержание детей, где из средств губернского земства, где из денег жертвователей, где собирали продукты с населения [7, с. 156].

В годы первой мировой и гражданской войн вновь вспыхнули эпидемии сыпного тифа, дизентерии и дифтерии, приведшие к резкому увеличению детской смертности и как следствие – к острой необходимости организации инфекционных стационаров. Поэтому на базе первой детской больницы организуется детская инфекционная клиника и кафедра детских болезней медицинского факультета Саратовского университета.

История детской больницы в г. Покровске (с 1932 г. Энгельс) начиналась в далеком 1917 году, когда при Общественной больнице был открыт пункт «Капля молока» по раздаче детям молока и молочных смесей за счет государства. В 1918 году пункт преобразован в детскую лечебницу, которая с августа 1918 года стала именоваться детской больницей. В состав детской больницы входил стационар сначала на 3 койки, к концу 1918 года на 10 коек, кабинет амбулаторного приема и лаборатория. С 1918 по 1941 года количество коек увеличилось до 85. В годы Великой Отечественной войны многие сотрудники ушли добровольцами на фронт, оставшиеся помогали в работе эвакогоспиталей. В тяжелейших условиях больница продолжала оказывать медицинскую помощь детскому населению.

Развитие педиатрии в Саратовском Императорском Николаевском университете связано с именем профессора Иннокентия Никандровича Быстренина, который был приглашен для руководства кафедрой детских болезней. Возглавив кафедру, которая располагалась в частном доме, он на втором этаже организовал стационар а 15 коек и аудиторию для чтения лекций студентам на 80 – 90 слушателей, а на первом этаже – амбулаторию для приема инфекционных и провизорных больных детей [11, с. 79].

И.Н. Быстренин читал полный курс лекций по всем разделам педиатрии, проводил клинические разборы больных, организовывал ежедневный амбулаторный прием детей с ассистентами, написал учебники «Детские болезни», «Курс лекций по физиологии и воспитанию детей», «Болезни органов дыхания у детей» и ряд научных статей, посвященных актуальным вопросам здравоохранения и санитарного просвещения. Иннокентий Никандрович был активным членом союза борьбы с детской смертностью, общества «Капля молока», читал лекции студентам педагогического факультета университета, руководителям детских садов, населению.

Под руководством И. Н. Быстренина начала свое. развитие Саратовская педиатрическая школа. В 1916 году на должность штатных ординаторов клиники избираются врачи первого выпуска медицинского факультета Саратовского университета – В.А. Сурат, Л.Н. Кузнецова, В.В. Юницкая, С.Б. Давидсон, Е.Г. Гальперн А.А. Шелогурова, Р.Я. Ромбо – в последующем руководители детских лечебно-профилактических учреждений и заведующие кафедрами педиатрии Саратовского медицинского института [11, с. 80].

В начале 1920-х годов подотделом охраны материнства и детства Саргубздрава проводилась огромная работа по организации строительства лечебно-профилактических учреждений для детей. Так, только в первой половине 1922 г. в Саратовской губернии были открыты 36 учреждений для детей, а во второй половине того же года – еще 26 [6, с. 37].

Саратовским губздравотделом был разработан комплексный план строительства детских лечебно-профилактических учреждений на всей территории губернии. В связи с этим при нем были созданы 3 подотдела: охраны материнства и младенчества; детский отдел; противотуберкулезный. Только за счет активной и слаженной работы противотуберкулезного отдела за сравнительно короткий срок в Саратове были открыты 2 детских противотуберкулезных санатория. Санатории явились первым этапом в формировании будущей противотуберкулезной службы губернии [1, с. 123-124]. Подотделом охраны материнства и младенчества в крупных городах области организованы 4 детских консультации, дом младенчества на 70 человек, дом ребенка на 30 детей, дом матери и ребенка на 30 матерей и 10 сирот, а также открыто 4 яслей [11, с. 78-80].

Под руководством детского подотдела в Саратове были построены: детская больница на 200 коек, центральная школьная амбулатория, детский дом-изолятор и медико-педагогический пункт со стационарным отделением [6, с. 38].

В 1922 г. по инициативе и активном участии профессора медицинского факультета Саратовского университета И.Н. Быстренина было создано Общество детских врачей им. Н.Ф. Филатова, основной целью которого являлось привлечение врачей к научно-исследовательской и санитарно-просветительной работе среди населения, а также повышение квалификации врачей-педиатров.

19 июня 1930 г. постановлением Совета народных комиссаров РСФСР медицинский факультет Саратовского университета преобразуется в медицинский институт с тремя факультетами: лечебный, санитарно-гигиенический и охраны материнства, младенчества и детства (ОММиД); последний в дальнейшем был переименован в педиатрический факультет [11, с. 81]. Деканом факультета ОММиД и заведующим кафедрой детских болезней был избран доцент Вениамин Александрович Сурат, заведующим кафедрой, раннего детского возраста с курсом детских инфекционных болезней – доцент Григорий Михайлович Лопатин.

С 1931 года клиническая база кафедры детских болезней переведена в бывший Архиерейский корпус, где организуются отделения для детей младшего и старшего возраста, каждое, по 50 коек.

Руководство единой кафедрой детских болезней педиатрического факультета до 1943 г., осуществлял профессор В.А. Сурат, а после его отъезда в Алма-Ату, где он в медицинском институте возглавил кафедру детских болезней, заведующим назначается

доцент А.П. Трынкин, ученик и последователь школы И.Н. Быстренина [11, с. 82]. В июле 1949 года кафедра педиатрии была разделена на три самостоятельные кафедры – пропедевтики детских болезней, факультетской и госпитальной педиатрии.

Кафедра факультетской педиатрии создана 1 сентября 1948 г. на базе 50-коечной детской городской больницы. Ее организатором и первым заведующим была доцент Серафима Борисовна Давидсон, ученица В.А. Сурата, сосредоточившая внимание на вопросах гармоничного развития здорового ребенка, его физического и нервно-психического воспитания, что легло в основу ее незавершенной докторской диссертации [11, с. 85-86]. По инициативе и под руководством Л.Е. Лагутиной создается стройная система поэтапной нефрологической помощи детям, включающая нефрологический стационар, организованный на базе кафедры факультетской педиатрии, городской нефрологический кабинет, сеть поликлинических районных нефрологов, детский нефрологический санаторий: оздоровительный пионерский лагерь для детей с заболеваниями мочевыделительной системы. Кафедра госпитальной педиатрии была организована в 1950 г. на базе детской клиники, располагающей 120 койками, 60 из которых были предоставлены кафедре госпитальной педиатрии, другие 60 – кафедре детских болезней лечебного факультета. Заведующей кафедрой госпитальной педиатрии была избрана доцент Мария Степановна Воронова-Шабанова [11, с. 88].

Одна из видных педиатров г. Саратова Л.Г. Мамыкина с 1947 г. работала в клинике детских болезней. Начиная с должности ассистента кафедры детских болезней лечебного факультета (с 1960 г. доцент) в течение ряда лет одновременно являлась главным врачом Саратовской областной детской клинической больницы [8, с. 360]. В 1960 г. Любовь Григорьевна Ученым советом медицинского института избирается деканом лечебного факультета и в этом же году назначается проректором по учебной работе. В этой должности она проработала 27 лет. Разработанная Л.Г. Мамыкиной рациональная схема лечения пневмоний у детей с включением в комплекс терапии нитрофурановых препаратов позволила уменьшить летальность от данной патологии в 3 раза – от 3-3,5 до 1,1-1,2% [10, с. 82-84].

В 1958 году на должность заведующего кафедрой пропедевтики детских болезней избирается профессор Александр Михайлович Кропачев, Он активизировал научно-исследовательскую работу и расширил сотрудничество с теоретическими и клиническими кафедрами, центральной научно-исследовательской лабораторией, учреждениями практического здравоохранения [11, с. 83].

19 февраля 1959 г. на основании приказа № 55 Областного отдела здравоохранения была открыта Саратовская областная детская больница (СОБД). Для стационара было выделено помещение, имевшее долгую историю, в том числе и в здравоохранении. Комплекс зданий по улице Волжской 36, располагающийся на углу улицы Радищева, был построен в 1833-1836 годах и до революции являлся Архиерейским корпусом Епархиального Управления Саратовской губернии. Именно здесь располагались с 1924 г. приемник для детей, а затем, с 1931 года, клиника педиатрии медицинского института. До 28 марта 1959 года шло оформление передачи здания, оборудования и инвентаря от детской клиники мединститута, после чего в стационаре были развернуты первые 15 из 100 запланированных коек, а с 16 апреля того же года – 60.

Первым главным врачом СОДБ была назначена Бронислава Людвиковна Бежанек, под руководством которой началась организация лечебно-диагностической, профилактической и консультативной работы в регионах Саратовской области. С момента своего основания Саратовская областная детская больница приобрела кураторские функции. Для оказания плановой медицинской помощи врачи были закреплены за сельскими районами, в которых не было самостоятельных детских больниц. Уже в 1960 г. из 187 выездов-вылетов областной службы санитарной авиации 45 было совершено врачами СОДБ. Начата систематическая работа по рецензированию историй болезни умерших больных на местах, готовятся аналитические справки и обзоры.

Следует отметить, что удельный вес специалистов, обслуживающих детей в Саратовской области составлял на тот момент 16,5%, что было значительно выше, чем в целом в СССР (14,5%) и РСФСР (14,9%). Все это способствовало снижению показателей младенческой смертности в регионе с 36 на 1000 родившихся в 1957 году до 25‰ в 1959 г. и 23,1 в 1960 году, в то время как во всем Советском Союзе в 1960 году она составляла 35,5‰ и 36,6‰ в РСФСР.

В соответствии с поставленными задачами в 1964 году в СОДБ открываются специализированные кардиоревматологические койки, палаты для детей с патологией органов дыхания (прообраз современных пульмонологических коек), в 1965 году создается патологоанатомическое отделение. Позднее больница получает статус клинической. В лечении пациентов строго выдерживается патогенетический принцип назначения медикаментов, дифференцирована диететика в различные периоды болезни, разработана картотека лечебных столов, которая внедряется в детские больницы городов области.

С 1970 по 1972 годы СОДБ возглавляет Вадим Георгиевич Баканов. Приоритетным направлением деятельности больницы в это время остается практическая помощь сельскому здравоохранению. В эти годы удается снизить показатели младенческой смертности в регионе до 17,7 на 1000 родившихся, что в тот период было ниже среднего по РСФСР – 21‰.

В 1972 году в связи с переводом В.Г. Баканова на другое место работы главным врачом больницы становится Ирина Александровна Озерова. По её инициативе в 1973 г. в больнице открывается первая полноценная палата интенсивной терапии. Врачом на интенсивных койках работает Нина Антоновна Чичёва – заслуженный врач РФ, трудившаяся в больнице четверть века и воспитавшая не одного молодого специалиста, многие из которых работают по сегодняшний день. В 1979 году И.А. Озерова добивается перевода больницы в относительно более новое здание (по адресу: ул. Рахова, 108).

Лечащие врачи больницы совместно с сотрудниками кафедры детских болезней лечебного факультета Саратовского медицинского института под руководством доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РСФСР Любови Григорьевны Мамыкиной [8, с. 360], активно разрабатывали и внедряли систему повышения квалификации врачей участковых и районных больниц на рабочих местах на базе областной детской больницы.

В 1984 г. И.А. Озерова уходит с должности главного врача в связи с выходом на пенсию. Эстафета передается Н.М. Мартынову. Постепенно расширялась и совершенствовалась материально-техническая структура стационара. В 1985 году учреждение дополнительно к существующим помещениям получает арендуемое здание нового корпуса областной «взрослой» больницы по адресу: ул. Песчаная, 15. Как самостоятельное подразделение открывается консультативная поликлиника, где работали врачи всех смежных специальностей. К ранее существующим педиатру, ревматологу, эндокринологу, психоневрологу и ортопеду вводятся ставки детского хирурга, офтальмолога, отоларинголога, дерматолога, иммунолога, уролога, гинеколога, нефролога, аллерголога, невропатолога, чуть позже – гастроэнтеролога, детского онколога, пульмонолога. В 1991 году было открыто первое и единственное в области отделение экстракорпоральных методов очищения крови для детей («Искусственная почка»), предназначенное, в

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

первую очередь для оказания неотложной помощи пациентам с гемолитико-уремическим синдромом на фоне кишечной инфекции, а также при острых отравлениях.

Последний переезд стационара Саратовской ОДКБ был завершен в январе 1995 года на ул. Вольская, 6, где и сформировалась ныне существующая структура многопрофильного детского стационара, позволяющая оказывать специализированную высококачественную медицинскую помощь детям со всеми вариантами соматической патологии. Количество коек расширилось до 300, созданы отделения эндокринологии (с 2000 года – с гинекологическими койками), хирургическое, онкологическое, анестезиологии и реанимации, чуть позже – нейрохирургическое, реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Лечебно-реабилитационная база пополнилась отделением гипербарической оксигенации.

За время работы главным врачом Д.Е. Цымбалу удалось создать коллектив единомышленников. Заместителем главного врача по медицинской части с июля 2002 года по 2012 год работал доктор медицинских наук Михаил Юрьевич Свинарев, при непосредственном участии которого проводилась работа по повышению качества оказания медицинской помощи, эффективности использования имеющихся кадров и оборудования, оптимизации использования коечного фонда. В период руководства В.К. Шабарова было организовано и функционировало 9 отделений: гастроэнтерологическое, эндокринологическое, неврологическое, хирургическое, нефрологическое, искусственной почки, нейрохирургическое, педиатрии и онкологии. Одновременно для больницы приобретено современное диагностическое оборудование, продолжено строительство нового лечебно-диагностического корпуса. С 30 марта 2015 г. СОДБ возглавляет доктор медицинских наук, профессор Михаил Юрьевич Свинарев. Важным событием для маленьких пациентов и их родителей стало открытие 1 июня 2016 г. нового корпуса больницы, позволившего значительно расширить объем оказания высококвалифицированной медицинской помощи, улучшить условия пребывания больных в стационаре и повысить качество учебного процесса для студентов Саратовского медицинского университета.

Таким образом, организация общедоступной стационарной медицинской помощи детям на рубеже XIX - XX веков, а также детских консультаций, яслей, санаториев и домов ребенка стала ключевым звеном в организации педиатрической службы в Саратовской области и основной клинической базой для практической подготовки врачей-педиатров. Развитие педиатрии давалось очень сложно, так как больницы открывались с разницей в десятки лет, а количество нуждающихся детей в медицинской помощи было намного больше, чем количество коек.

Литература

1. Аленин П.Н., Суворов В.В. Организация борьбы с туберкулезом в саратовской области // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 123-124.
2. Андриянова Е.А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. Саратов, 2005.
3. Андриянова Е. А., Горшенина В. И., Суворов В. В. Организация госпитального дела в саратовской области в годы великой отечественной войны // Материалы XII Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.». М.: МГМСУ, 2016. С. 12-13.
4. Андриянова Е.А., Засыпкина Е.В., Кузнецова М.Н., Катрунов В.А. Здоровье – стратегический потенциал современного российского общества // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2010. Т. 5. № 1.
5. Астафьева Н. Г., Боброва Л. В., Гвоздева Н. М. и др. Становление охраны материнства и детства в Саратовской области // История, общество, личность: научная конференция историков г. Саратова. Саратов, 1993.
6. Боровко Н.Л. Становление и развитие стационарной медицинской помощи детям в Саратовской Губернии в начале XX века // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, Волгоград, 23-24 апреля 2014 года. Волгоград, 2014. С. 37.
7. Вардугин В.И. «Во благо народного здравия». Саратов, 2005.
8. Завьялов А.И. Профессор Любовь Григорьевна Мамыкина – ученый, педагог и организатор здравоохранения (к 100-летию со дня рождения) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 3. С. 360.
9. Земблинов В.И. Наставления матерям о вреде прикармливания без нужды грудных детей до времени прорезывания зубов // Саратовский санитарный обзор. 1891. № 3.
10. Нуштаев И.А., Завьялов А. И. Любовь Григорьевна Мамыкина // Саратовские ученые-медики: историкобиографические очерки. Саратов: Изд-во СГМУ, 2005.
11. Развитие научной медицинской мысли в Саратове (1909-1989 гг.) Саратов, 1992.
12. Райкова С.В., Завьялов А.И., Луцевич И.Н., Мясникова И.В. Научно-практический вклад общества санитарных врачей в развитие здравоохранения и становления санитарной службы в Саратовской губернии в конце XIX-начале XX века // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011. Т.7. № 1. С. 176-181
13. Райкова С.В., Завьялов А.И., Мясникова И.В. Вклад научных медицинских обществ Саратова в охрану здоровья детей и подростков в конце XIX века // Здравоохранение российской федерации. 2011. № 5.
14. Статистика смертности по г. Саратову за 1886 год // ГАСО. Ф. 4. Оп. 1. Д. 746.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2017. Volume 7. Issue 3

ID: 2017-03-35-A-14390 Краткое сообщение

Суворов В.В.

Медицинская помощь как фактор культурного и политического влияния в оценках отечественной публицистики рубежа XIX – начала XX века

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме

Работа посвящена рассмотрению вопроса о медицинской помощи как факторе культурного и политического влияния в оценках отечественной публицистики рубежа XIX – начала XX века.

Ключевые слова: медицинская помощь, народная медицина, Восток

Вторая половина XIX века стала временем значительных успехов в развитии медицины и организации системы здравоохранения в Российской Империи. Однако далеко не все население Российской империи имело возможность воспользоваться достижениями современной для того времени медицины. Особенно обделенными в этом отношении оставались национальные восточные окраины, где население продолжало пользоваться методами лечения из традиционной медицины, а научная медицина проникала достаточно медленно. При этом зачастую традиционная медицина давала положительные результаты, а к концу XIX века определенную популярность приобрела тибетская медицина в столичном обществе [См.: 4, 5]. В данном контексте можно встретить рассуждения о социокультурной роли, которую играла медицина в расширении культурного или политического влияния.

Показательными являются выводы, сделанные публицистом, издателем с 1896 года Санкт-Петербургских ведомостей князем Э.Э. Ухтомским. Объясняя популярность буддизма среди бурят и его быстрое распространение, он указывает на то, что проповедники и представители этой веры были еще и искусными врачами. Ламы безвозмездно лечили неимущих, помогали народу из своих передвижных аптек, учили желающих собиранию трав. Ухтомский отмечает, что, ориенталисты тоже довольно благосклонно смотрят на практические результаты традиционной медицины, а за «помощью к ней обращаются как язычники, так и православные» [7, с. 9]. Позднее Ухтомский писал: «Ламское искусство врачевания. с его обширною литературой и чудесными результатами, - это знание, передаваемое с древних времен из рода в род, – также начинает интересовать Европу, в виду возможной, хота и не доказанной связи (через Индию) с Египтом и Элладой» [6, с. 73]. При этом для восточной медицины было характерно то, что только «Туземные целители особенно привлекают тем, что, по требованиям религии, лишь добрые, милосердные, безупречные ламы смеют практиковать с надеждой на успех» [6, с. 74].

По данным Д.Б. Батоева, первые лечебные заведения возникли в Бурятии в самом конце XVIII - начале XIX вв. Система здравоохранения в виде амбулаторий и больниц создавались прежде всего в городах и войсковых частях, а затем в отдельных русских селах, не затрагивая коренное население. При этом сеть их росла медленно, так как органы власти выделяли недостаточно средств на это дело, а частные учреждения не возникали [см.: 2].

Ухтомский отмечает, что, с одной стороны, миссионеры выступали против практик народной медицины: «Восточно-сибирская миссия неоднократно просила возбранить ламам лечение, основанное будто бы исключительно на ворожбе и шарлатанстве, развивающее суеверные предрассудки инородцев и в конце концов стремящееся разорить народ» [6, с. 9-10]. Однако, с другой стороны, «сами преосвященные не раз пользовались бурятскими снадобьями, миссионеры не раз мне говорили, что и себя и семьи свои поддерживают при болезни, благодаря полезным указаниям буддийских врачей, а – что еще страннее всего – на страницах печатных «Трудов миссии» легко найти следующие выражения: «среди крестившихся в нынешнем году находились ламы, которые отлично знали тибетскую медицину и потому могли нам оказать важную помощь своими сведениями при воздействии на язычников»» [6, с. 10].

Одной из причин негативного отношения к буддистским врачам было то, что лечение было тесно связано с обрядностью и потому «наводило русское начальство на мысль, будто стародавняя (шаманская) и пришлая Вера с внешней стороны очень близки друг другу, что, почему-то казалось нежелательным, свидетельствовало о ламской грубости и страсти к обманам» [6, с. 12].

Ухтомский приводит описание лечебных процедур, сделанных американским путешественником В. Рокхилем, который не раз имел возможность «наблюдать за доверием населения к туземным врачам (специалистам-ламам)»: «…они берут больных за обе руки единовременно, ощупывая пульс и внимательно всматриваясь в лицо пациента. Задав два – три вопроса, лекаря достают снадобье из кожаных мешочков, в которых привозятся целебные порошки из Лхасы. Каждая доза измеряется маленькою серебряною ложечкой. Врачующие не любостяжательны и с бедных ничего не берут ни за консультацию, ни за лекарство. Народ любит получать медицинские советы и охотно прибегает к различным снадобьям, исключительно тибетского происхождения, преимущественно из растительного царства. Рокхилю рассказывали, что в Центральной Азии ценится, – как целебное средство, – очень дорогое слоновое молоко, привозимое из Индии» [6, с. 122].

Народная медицина вызвала интерес и к концу XIX века стали появляться посвященные ей коллекции и даже музеи. Ухтомский в книге, посвященной путешествию наследника престола Николая Александровича на Восток, описывает материал по народной медицине Минусинскою края, который представлен в Минусинском музее, в виде:

«1) Предметов растительного происхождения; как то сухие травы, корни, плоды, сохраняющиеся в музее так, как они находились у знахарок. Большая часть этих предметов в пучках. Вся коллекция имеет 186 номеров, которые размещены в музее в глубоких открытых бумажных коробках и банках емкостью около фунта, в порядке русского алфавита.

2) Предметов из царства животных – сырых и полуобработанных. Коллекция состоит из 10 номеров.

3) Лекарственных веществ минерального происхождения к т. н. Коллекция заключает 14 предметов.

4) Разных предметов, употребляемых в народной медицине, всего 7 номеров.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017

5) Гербария местной флоры, заключающего полные экземпляры растений, употребляемых в народной медицине Минусинского края. Вт. гербарии 176 видов.

6) Коллекции предметов неместного происхождения, употребляемых местными жителями для лечения. Вт. коллекцию вошли только общеизвестные и популярные в народной медицине вещества. Всего 46 предметов» [9, с. 83].

Ухтомский сообщает, что народно-медицинские средства, находившиеся в употреблении у жителей Минусинскаго округа, как у русских, так и инородцев, начали собираться еще до основания музея, с 1874 г., П. М. Мартьяновым. К сбору этого материала для музея кроме сотрудников были привлечены еще и торговцы, разъезжающие по Минусинскому округу и доставляющие в музей археологические предметы [9, с. 83].

Описывая свою поездку через Астраханскую губернию, князь отмечал значимость тибетской медицины для калмыков: «В астраханской калмыцкой степи – десятки кумирен, и с каждым годом число их возрастает. Значительная доля приходится на те, которые созданы в честь бога медицины Манла (по-тибетски), Оточи (по-монгольски), – по преданию современника и сподвижника Будды» [8, с. 21]. Князь обращает внимание на то, что искусство врачевания служило жречеству орудием влияния, поэтому русское начальство предпринимало попытки запретить ему лечить, что не исполнялось на деле. Ухтомский пишет, что «целесообразнее было бы хоть сколько-нибудь поощрять ознакомление с ламскими способами лечения», так как «основы его – индийско-эллинского происхождения и не лишены глубокого смысла» [8, с. 21]. Князь приходит к выводу о том, что необходимо изучать особенности восточного врачевания: «Раз, что искоренить народную веру в учение Оточи пока невозможно, раньше чем бороться, проще узнать, в чем собственно оно заключается. А то вот уже скоро два века с половиною, как мы имеем дело с буддизмом в наших пределах и ничего почти толком не поняли в мировоззрении лам» [8, с. 22].

Ухтомский знал о том, что население национальных окраин было практически лишено медицинской помощи, поэтому, по возможности, старался содействовать в решении этого вопроса. Ц.В. Джадонбаев, по-видимому, лама крупнейшего в Забайкалье Гусиноозерского дацана, писал Э.Э. Ухтомскому: «… прошу не оставить меня уведомлением о просьбе моей, не будет ли разрешение мне свободно помогать больным, мне очень желательно получить, но не звание лекаря, а хоть разрешение от начальства, что я могу лечить больных» [Цит. по: 3, с. 105].

Вопросы, касающиеся здравоохранения затрагивались и в статьях газеты «Санкт-Петербургские ведомости», издаваемой Ухтомским. Так, описывая Ферганскую область Туркестана, автор одной из статей отмечает недостаток русских врачей: «На первое время желательно, чтобы хотя по одному или по два участковых врача прибавилось в каждом уезде, с маленьким приемным покоем. Правда это потребует сразу порядочного расхода на содержание медицинского персонала, но что же делать: жизнь идет вперед, забота о благосостоянии целого населения, таких же верноподданных сынов русского отечества, должна быть одинакова, как и относительно русского населения великой России» [1].

Интересен вывод, сделанный автором статьи: «Наше грядущее главенство в Азии должно быть направлено на путь мирного прогресса, а при такой постановке дела вопрос о средствах денежных должен отойти на второй план [1].

Таким образом, вопрос улучшения здравоохранения на национальных окраинах в конце XIX века оставался не решенным. По мнению публицистов, улучшение оказания медицинской помощи, даже традиционной, должно было иметь результатом изменение отношения населения восточных окраин к самой России. При этом особое значение отводилось научной медицине. Как и в случае распространения буддизма и тибетской медицины, на что обращал внимание Э.Э. Ухтомский, в результате распространения научной медицины и организации системы здравоохранения на окраинах империи их население должно были увидеть в России своего покровителя, отличающегося по своим действиям от западных стран, установивших на Востоке колониальные порядки.

Литература

1. А.К. Из Ферганской области (Специальная корреспонденция «С-Пет. Вед.) // Санкт-Петербургские ведомости. 1896. № 10.
2. Батоев Д.Б. История организации и развития здравоохранения, формирования его кадров в Бурятии :Конец XVIII в. - 1960-е гг. Автореферат. … дисс к.и.н. Улан-Уде, 2002
3. Леонов Г. А. Э. Э. Ухтомский. К истории ламаистского собрания Государственного Эрмитажа // Буддизм и литературно-художественное творчество народов Центральной Азии. Новосибирск, 1985.
4. Суворов В.В. Восточная медицина как фактор увлечения востоком в российском обществе в конце XIX – начале XX вв. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 3. С. 216-217.
5. Суворов В.В. Отношение к тибетской медицине в российском обществе на рубеже XIX-XX веков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 120-122.
6. Ухтомский Э.Э. Из области ламаизма. К походу англичан на Тибет. СПб., 1904.
7. Ухтомский Э.Э. О состоянии миссионерского вопроса в Забайкалье. СПб, 1892.
8. Ухтомский Э.Э. От Калмыцкой степи до Бухары. СПб., 1891.
9. Ухтомский Э.Э. Путешествие Государя Императора Николая II на Восток (в 1890–1891). СПб.; Лейпциг, 1897. Т. 3. Ч. 2.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2017