

**ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

Каплунов Кирилл Олегович

**Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в
клинике детских инфекций**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Любовь Васильевна Крамарь

Волгоград – 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Обзор литературы	11
1.1. Клиника детских инфекций как особый раздел педиатрии	11
1.2. Модели взаимоотношений врача, пациента и его родственников.....	15
1.3. Исследование современных проблем педиатрии в социологии медицины	24
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	36
Глава 3. Собственные результаты и их обсуждение	44
3.1. Отношение врачей к участию родителей ребенка-пациента в его лечении	44
3.2. Родители – участники лечебного процесса в клинике детских инфекций	58
3.3. Клинические случаи негативной интеракции в системе «врач - родители ребенка» и их социологическая интерпретация.....	73
3.4. Особенности взаимоотношений медицинского персонала и родителей ребенка-пациента в детском инфекционном стационаре (по материалам фокус-группы)	100
Заключение.....	117
Выводы.....	118
Практические рекомендации.....	121
Список сокращений	123
Список литературы.....	125
Приложения.....	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Инфекционные болезни продолжают оставаться одной из важнейших причин заболеваемости детского населения, находясь на пятом месте в структуре общей заболеваемости детей до 14-ти лет (Росстат, 2013). Каждый случай болезни ребенка оказывает существенное негативное влияние на всех членов семьи. Согласно исследованиям, проведенным в Российской медицинской академии последипломного образования, более 50% родителей подтвердили, что на фоне инфекционного процесса у ребенка, в частности острой респираторной вирусной инфекции, существенно ухудшается качество жизни всех членов семьи, у 43 % снижается качество профессиональной деятельности. Экономические потери государства только от острых респираторных инфекций превышают 50 млрд. руб. в год (О.Э. Лаврентьев, 2010).

Среди причин детской смертности в 2013 г. инфекционная патология продолжает оставаться в тройке «лидеров», уступая только травмам и болезням органов дыхания. Особая актуальность борьбы с детскими инфекциями прослеживается в Волгоградском регионе, поскольку здесь наблюдаются наиболее высокие показатели среди всех регионов ЮФО.

Общепризнано, что социально-экономические факторы влияют на состояние здоровья человека больше, чем медицинские, экологические и генетические. Вклад социально-экономических детерминант в поддержание здоровья оценивается около 50% (Ю.П. Лисицын, 2002). Таким образом, очевидно, что с социологической точки зрения вектор здоровьесберегающих технологий должен быть направлен на усовершенствование вариаций взаимодействия медицинского сообщества с пациентами.

Известно, что клинические методы исследования не могут объяснить нюансы межличностного взаимодействия в паре «доктор-пациент», в связи с чем изучением проблем социальной интеракции медицинских работников и пациентов занимается социология медицины. Большинство работ, посвященных данной теме, были выполнены медицинскими социологами в области

соматической патологии у взрослых больных. Лишь незначительная часть исследований касалась педиатрической практики и еще реже – клиники детских инфекционных болезней. Этот факт объясняется вероятнее всего тем, что в педиатрии врач в большей степени имеет дело не с самим больным, а с его представителем, чаще всего родителем. Последний может выступать как позитивным, так и негативным фактором, влияющим на результаты лечения ребенка.

Таким образом, именно конструктивное взаимодействие врача и родителей ребенка, страдающего инфекционной патологией, может привести к оптимальным результатам его стационарного лечения.

Цель исследования - разработать модель оптимизации оказания медицинской помощи детям, страдающим инфекционными заболеваниями, путем повышения эффективности интеракции в системе «врач – родитель ребенка».

Данная цель достигается решением следующих **научных задач**:

- На материале анкетирования и интервью изучить отношение врачей к участию родителей ребенка-пациента в его лечении;
- Провести социологическую оценку позиции родителей и родственников ребенка-пациента как участников лечебного процесса в клинике детских инфекций;
- Проанализировать клинические случаи негативной интеракции в системе «врач - родители ребенка» и дать их социологическую интерпретацию;
- На материале фокус-группы выявить особенности взаимоотношений медицинского персонала и родителей ребенка-пациента в детском инфекционном стационаре;
- Разработать рекомендации для врачей-детских инфекционистов по интериоризации коммуникативных навыков общения с родителями больного ребенка с целью повышения эффективности лечения и реабилитации.

Объект исследования – детская инфекционная служба в стационарных условиях.

Предмет исследования – межличностные взаимодействия врача и представителя ребенка, страдающего инфекционной патологией.

Гипотеза исследования. Изучение особенностей взаимодействия доктора и пациента в педиатрической практике осложняется тем, что отношения в двоичной системе «врач-пациент» трансформируются в триаду «врач-родитель-ребенок». Специфическая роль ребенка в медицинском диалоге во многом зависит от его возраста и часто остается необоснованно забытой. Учитывая, что в детские инфекционные стационары госпитализируются в основном дети дошкольного возраста, их вклад в интеракцию в триаде будет незначительным в силу незрелости функциональных систем, в частности коммуникативных способностей. Отсюда возрастает важность эффективных отношений между врачом и родителем, который будет позитивно, либо негативно влиять на результаты лечения ребенка.

Позитивное воздействие на лечебный процесс родитель может оказать, правильно ухаживая за своим больным ребенком, выполняя все указания и назначения врача, проводя профилактические мероприятия. Некомплаентные родители, негативно настроенные в отношении действий врача, не выполняющие его рекомендаций, прибегающие к самолечению, зачастую могут нивелировать все усилия доктора, ухудшив тем самым прогноз лечения ребенка. Профилактику таких ситуаций можно и нужно реализовать на основе достоверных медико-социологических данных.

Научная новизна исследования состоит в выявлении закономерностей влияния отношений медицинских работников и родственников ребенка-пациента на эффективность клинических мероприятий в такой специфической области педиатрии, как стационарная помощь при детских инфекционных заболеваниях.

Диссертантом изучены особенности коммуникации в системе «врач-родитель» в клинике детских инфекционных болезней, определены характерные особенности инфекционной патологии в педиатрической практике (ургентный характер, небольшие сроки госпитализации ребенка, контагиозность, нередко склонность к широкому эпидемическому распространению, возможность

развития обострений и рецидивов, затяжных и хронических форм), выявлены повышенные социальные риски при стационарном лечении инфекционных заболеваний у детей, как для персонала (врачи и медицинские сестры), так и для пациентов (дети и их родители).

В отличие от изучавшейся ранее в научных работах двухкомпонентной системы «врач-родитель», где предметом исследования было изучение влияния одного из составляющих, впервые изучена роль двух агентов здоровьесберегающей социализации ребенка – и родителей, и врачей. Разработан оригинальный алгоритм социально-психологического воздействия на эффективность лечения ребенка.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Абсолютное большинство докторов (74%) считают, что родители не всегда, но чаще *помогают* врачам в процессе лечения их детей. Позитивное влияние родителей на детей-пациентов врачи видят в правильном уходе, в соблюдении назначений врача, а также моральной поддержке детей.

2. Основные трудности в общении с родственниками ребенка-пациента врачи-инфекционисты видят в неуважении к врачу со стороны родственников ребенка (60,9%) и некомпетентности последних в вопросах ухода за ребенком-пациентом (56,6%). Чуть меньше респондентов указали эмоциональную загруженность родственников, госпитализированных вместе с ребенком. Очевидно, что проблема недостаточных навыков у родственников по уходу за больным ребенком не может быть решена в условиях инфекционного стационара.

3. Типичным родственником, который ухаживает за ребенком-пациентом в клинической практике детских инфекционных болезней и контактирует с лечащим врачом, является *мама (88%), имеющая одного ребенка в семье (58%), оценивающая свое материальное положение как хорошее (55%), находящаяся в возрастной когорте 18-39 лет (43,5%), имеющая постоянное место работы (61%)*. Она *впервые госпитализирована с ребенком в детский инфекционный стационар (66%)*, что можно объяснить ургентным характером

детской инфекционной патологии, которая достаточно редко имеет хронические формы заболеваний, т.е. не требует повторных госпитализаций.

4. Абсолютное большинство родственников детей-пациентов инфекционного стационара в целом хорошо оценивают организацию лечебного процесса, еще 22% оценивают старания медицинского персонала на «отлично», 19% поставили врачам оценку «удовлетворительно», что согласуется с данными других современных социологических опросов на подобную тематику.

5. Применение метода кейс-стади к анализу клинических случаев, породивших конфликты родителей детей-пациентов и врачей-инфекционистов, позволяет выделить несколько вариантов причин таких разногласий:

✓ *Неинформированность или недостаточная информированность родителей ребенка о его состоянии и плане лечения.*

✓ *При наличии полной информации у родителей существует вариант нежелания ее понимать и/или принимать.*

✓ *Организационные недостатки отечественного здравоохранения, которые мешают врачу удовлетворить справедливые требования родителей.*

✓ *Некомплаентность и безответственность родителей в уходе за ребенком.*

✓ *Конфликт становится неизбежен, если врачи не обладают клиническими возможностями излечения пациента.*

6. Основной причиной конфликтов в клинике детских инфекций является недоверие родителей к врачу. Оно во многом связано с общероссийской тенденцией падения престижа врача в обществе, которое, в том числе, обусловлено недостаточным финансированием здравоохранения. Низкий престиж врача оправдывает недостаток выделения средств на его содержание; верно обратное. Вероятно, низкооплачиваемый врач не вызывает доверия у родителей. Если обеспечение государственных детских стационаров и работающих в них врачей будет лучшим, чем в частных клиниках, родители могут реагировать иначе.

Методология исследования. Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины в соответствии с фундаментальными принципами научного поиска, сформулированными академиком РАН А.В. Решетниковым (2007, 2010, 2013). При составлении Программы исследования и определения проблемной ситуации диссертант опирался на фундаментальные труды по социологии (М. Вебер, П. Сорокин, Т. Парсонс), социальной психологии (Б.Д. Каварсарский, Ю.П. Платонов), а также медицинской этике (А.Я. Иванюшкин, С.Я. Долецкий, Н.Н. Седова, И. Харди).

Изучение клинических случаев проводилось путем применения известных клинических методов объективного исследования, широко используемых в практике инфекционных заболеваний у детей – физикальных, лабораторных и инструментальных. Нозологические формы, рассмотренные в методе кейсов, чаще всего относились к группе острых респираторных и кишечных инфекций, а также их сочетаний: острый бронхит, острый ларинготрахеит, инфекционный мононуклеоз, пневмония, острый гастроэнтероколит, эшерихиоз. В ряде случаев указанная патология комбинировалась с ЛОР-болезнями (острый средний экссудативный отит, аденоидные вегетации), неврологическими (детский церебральный паралич, эпилепсия) и хирургическими (острый аппендицит, перитонит) заболеваниями.

Диссертантом выполнено анкетирование с последующим интервьюированием врачей-детских инфекционистов с целью идентификации отношения докторов к участию родителей ребенка-пациента в процессе его стационарного лечения. Помимо этого проводилось анкетирование и интервьюирование госпитализированных по уходу за больным ребенком взрослых для определения уровня их комплаентности и удовлетворенности лечебным процессом. Использовался метод кейс-стади, позволяющий анализировать сложные конфликтные ситуации в клинической практике с точки зрения социологии медицины. Проведение фокус-группы с привлечением экспертов медицинского, социологического, юридического профилей позволило

охарактеризовать особенности коммуникаций врача и родителей больного ребенка с различных сторон рассматриваемой проблемы.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что диссертантом впервые изучены особенности взаимодействия врача и родителя ребенка, находящегося на стационарном лечении в клинике детских инфекционных болезней. Были структурированы роли медицинского персонала в межличностных коммуникациях, определены основные типы поведения родителей, которые необходимо учитывать медицинскому персоналу для формирования у них позитивных установок в процессе лечения. Это позволило разработать рекомендации по оптимизации взаимоотношений врачей и родителей ребенка в клинике детских инфекций, которые могут применяться в условиях детского стационара в любом регионе.

Разработанные методические рекомендации для врачей-детских инфекционистов стационарного звена здравоохранения по интериоризации коммуникативных навыков общения с родителями больного ребенка рекомендованы для внедрения в практическую деятельность.

Апробация исследования. Материалы диссертации представлялись и обсуждались на научных форумах разных уровней (Москва, 2012; Волгоград, 2013; Казань, 2014 и др.). Диссертантом опубликованы и используются в работе ФУВ ВолгГМУ методические пособия для врачей-детских инфекционистов: «Основы коммуникации «врач – родители ребенка» в условиях детского инфекционного стационара» (Волгоград, 2013) и «Практикум по разрешению конфликтов между родителями ребенка-пациента и медицинским персоналом детских инфекционных стационаров» (Волгоград, 2014). Программа исследования прошла экспертизу в Отделе этической, правовой и социологической экспертизы ВМНЦ и закреплена Актом внедрения. Разрешение на проведение исследования дано Региональным исследовательским этическим комитетом Волгоградской области.

По материалам исследования опубликовано 5 научных статей, в том числе 3 статьи в изданиях Перечня ВАК.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка литературы (171 источник, в т.ч. 66 иностранных). Объем работы - 146 стр. Диссертация иллюстрирована 17 таблицами и 17 рисунками.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Клиника детских инфекций как особый раздел педиатрии

Здоровье детей всегда было и остается одной из главных, если не главной ценностью в любом обществе. В настоящее время благодаря реализации Национального проекта «Здоровье» и других мер Правительства России в сфере педиатрии наметились позитивные тенденции, однако показатели детского здоровья в нашей стране по-прежнему сильно отстают от таковых в развитых странах.

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) за 2013 г. заболеваемость детей в возрасте до 14 лет выглядит следующим образом (в порядке убывания зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом)¹:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 3) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 4) болезни органов пищеварения;
- 5) некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Удельный вес инфекционной патологии в структуре детской заболеваемости весьма высок, а если предположить, что определенная часть болезней органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки и органов пищеварительного тракта также могут иметь инфекционный генез, актуальность борьбы с детскими инфекциями еще более возрастает. Более того, в структуре детской смертности инфекционная патология занимает третье место, уступая лишь травмам и болезням органов дыхания, что подчеркивает важность и

¹ Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения по основным классам болезней.
URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-1.xls (дата обращения 17.04.2014)

необходимость целенаправленной борьбы с инфекционными заболеваниями у детского населения.

Данные Росстата подтверждает академик РАН, президент ассоциации педиатров-инфекционистов В.Ф. Учайкин, неоднократно отмечавший ведущее место инфекционных заболеваний в патологии детского возраста и в числе главных причин детской смертности в нашей стране. Особенно актуальна эта проблема в отношении детей первого года жизни.

Нозологическая структура инфекционной заболеваемости в России по данным Росстата (2013) выглядит следующим образом (в порядке убывания зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом):

- 1) острые инфекции верхних дыхательных путей;
- 2) ветряная оспа;
- 3) острые кишечные инфекции.

Обращает на себя внимание факт увеличения заболеваемости ветряной оспой. В развитых странах инфекция, вызванная вирусом варицелла-зостер, является управляемой с 90-х годов прошлого века, в нашей же стране вакцинация против ветряной оспы по-прежнему не включена в национальный календарь профилактических прививок.

В настоящее время известно более 1200 инфекционных заболеваний человека, оказывающих существенное и разностороннее влияние на соматическое, нервно-психическое, физическое, репродуктивное здоровье детей, подростков и взрослых. Помимо хорошо изученных бактериальных агентов в последние десятилетия растет заболеваемость вирусными, микоплазменными, хламидиозными, риккетсиозными, спирохетозными инфекциями, что обусловлено новыми диагностическими технологиями. Вспышки Лихорадки Западного Нила на юге России в 2000-х годах, а также Лихорадки Эбола в Западной Африке в 2014 году подтверждают неутешительную статистику. Кроме того, активно исследуется новый класс инфекционных заболеваний – так называемые прионовые болезни, где этиологическими агентами выступают субклеточные структуры – прионовые белки.

Таким образом становится очевидно, что если XX век характеризовался преимущественно бактериальной патологией и поиском борьбы с бактериями, то XXI век будет посвящен борьбе с вирусными и вневирусными возбудителями инфекционных заболеваний.

Характерными особенностями инфекционной патологии, в первую очередь у детей, являются: цикличность течения болезни со сменами периодов (инкубационного, продромального, разгара и реконвалесценции), контагиозность, возникновение нескольких (многих) случаев заболеваний, обусловленных общим источником инфекции (зоонозы, сапронозы); нередко склонность к широкому эпидемическому распространению; возможность развития обострений и рецидивов, затяжных и хронических форм.

ДИ, как следует из определения, были обособлены в отдельный курс в связи с тем, что основная их часть часто или всегда возникает в детском возрасте, преимущественно в раннем или дошкольном возрасте. Детские инфекционные заболевания имеют ряд отличительных диагностических и клинических характеристик, обусловленных в большей степени анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка. Среди отличительных, по нашему мнению, целесообразно отметить следующие черты инфекционной патологии у детей.

1) Основная часть инфекционной патологии у детей носит острый ургентный характер, лишь изредка трансформируясь в хронические формы, что обусловлено в основном характером патогенной микрофлоры.

2) Диагностика детских инфекций осложняется тем, что дети дошкольного возраста зачастую не могут идентифицировать собственные жалобы и поэтому не могут сообщить их доктору, значительно усложняя тем самым диагностический поиск. В то же время хорошо известно, что в патологии взрослого возраста, особенно соматической, только по жалобам с высокой долей вероятности можно предположить диагноз, например, давящие боли за грудиной указывают на стенокардию, изжога может говорить о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и т.п.

3) Несовершенство защитных реакций у детей раннего возраста выражается в слабой локализации микробной инфекции. Этим же обусловлена склонность к генерализации с частым развитием септических процессов. Опасность большинства инфекций обратно пропорциональна возрасту детей. Летальные случаи «безобидных» инфекций наблюдаются в основном у детей грудного возраста.

4) У детей первых месяцев жизни наблюдается выраженная устойчивость к ряду инфекционных агентов (возбудителей кори, полиомиелита, эпидпаротита), обусловленная трансплацентарной передачей специфических антител от матери плоду.

5) Дети грудного возраста не способны продуцировать дифференцированные реакции, поэтому в ответ на внедрение разных возбудителей развиваются однотипные процессы, проявляющиеся преимущественно общеклиническими симптомами: лихорадка, слабость, недомогание, отсутствие аппетита. В результате, чем младше ребенок, тем чаще наблюдаются стертые, атипичные формы: при скарлатине может наблюдаться слабовыраженная сыпь, дизентерия зачастую протекает без колитического синдрома, коклюш – без выраженного судорожного кашля, менингит протекает с преобладанием общемозговых симптомов над менингеальными.

Наконец, 6) – возникающие у детей осложнения инфекционных болезней редко встречаются у взрослых: токсикоз с эксикозом после острых кишечных инфекций, отек-набухание головного мозга после нейроинфекций, гемолитико-уремический синдром чаще встречается в педиатрической практике.

Особая актуальность борьбы с инфекционной патологией у детей наблюдается именно в Волгоградской области, т.к. по данным Росстата за 2013 год наивысшая заболеваемость инфекционными болезнями среди регионов Южного федерального округа приходится на Волгоград.

1.2. Модели взаимоотношений врача, пациента и его родственников

Все вышеперечисленное диктует необходимость поиска новых подходов и способов борьбы с инфекционными болезнями. Успех в этой борьбе может быть обусловлен не только новыми диагностическими и лечебными приемами, но и изучением социальных аспектов взаимодействия медицинского персонала и пациентов (а также их родителей в случае педиатрической практики) с целью оптимизации межличностных коммуникаций, играющих весьма важную роль в выздоровлении ребенка.

Данную мысль стоит рассматривать сквозь принятое международным сообществом положение, согласно которому состояние здоровья определяется четырьмя ведущими факторами: социально-экономическими (около 50%), генетическими (т.е. биологическими, до 20%), экологическими (до 20%), и наконец, состоянием медицинской помощи населению (только до 10-15%)². Медицина в целом неотделима от общества, от воздействующих извне и оказывающих детерминирующее влияние социально-экономических и политических факторов. Таким образом, социальные факторы в структуре здоровья населения имеют явно наибольший "удельный вес", при этом их доминирующее влияние во многих исследованиях необоснованно недооценено либо игнорируется.

Современная техногенная цивилизация обостряет проблему сохранения здоровья детского населения в связи с увеличением числа рисков для здоровья. Зачастую больной ребенок остается предметом интереса исключительно медицинских работников. При этом медицина не всегда может взять под свой контроль все случаи заболеваний, в то время как родители в ряде случаев выступают факторами риска здоровья детей³. Поэтому нормы, регламентирующие отношение к пациентам в педиатрической практике, являются весьма жесткими⁴.

² Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 535 с.

³ Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Теоретические и практические проблемы профилактической педиатрии // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. Москва. - 2003. – с.7-23.

⁴ Лапин И.П. Согласие – фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая медицина.–1999.–№11.– с.15-18.

Возникновение биоэтических принципов привело к формированию новых моделей взаимоотношений медицинского работника и пациента. В настоящее время принято выделять четыре модели взаимоотношений медицинского работника и пациента, существующие в условиях современной медицины: коллегиальную, контрактную, техническую и патерналистскую⁵. Первая из них, коллегиальная, имеет наибольшее количество трактовок и синонимов: совещательная, партнерская, информационная, либерационная. В этой модели отношения между медицинским работником и пациентом строятся на признании равных прав обеих сторон в принятии решения относительно диагностики и лечения имеющегося заболевания. Больной может в полной мере использовать свое право выбора форм и объемов влияния на свое здоровье. Врач и пациент видят друг в друге коллег, которые стремятся к одной общей цели – к ликвидации патологии и защите здоровья пациента. Именно в этой модели доверие между врачом и больным играет решающую роль. Многие специалисты считают, что коллегиальные отношения в наибольшей степени способствуют выполнению медицинским работником своих обязанностей в соответствии с требованиями биомедицинской этики. Однако при таких взаимоотношениях возникает опасность ложного и неконтролируемого равенства. Препятствием для формирования коллегиальных отношений между медицинским работником и пациентом служат также некомпетентность последнего в области медицины, психологические особенности его личности и другие субъективные факторы.

В контрактной (договорной) модели соблюдаются принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обязательств и справедливости. В отношениях, основанных на контракте, доктор осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должно сохраняться право управлять своей жизнью и судьбой. Если такие отношения для врача или больного являются не приемлемыми, то контракт или расторгается, или не заключается. В данной модели отношения строятся на основе взаимного доверия. Если доверие утрачивается, то и контракт расторгается. Контрактная модель получает все более

⁵ Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. М.: ЦКБ РАН, 2004. - 91с.

широкое распространение в связи с расширением сферы медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями на договорной (платной) основе.

Техническая (инженерная, технологическая) модель отношений существует в условиях, когда пациент воспринимается доктором или другим медицинским работником как биологическая система, в которой возникли неполадки в ее функционировании и необходимо их устранить. Личностные особенности больного не имеют большого значения, т.к. на первом плане – анатомо-физиологические, биохимические, биофизические и другие процессы, протекающие в организме. При данном типе отношений больной не участвует в разработке стратегии лечения, не пользуется своим правом свободы выбора. Эта модель эффективна только в случаях оказания экстренной медицинской помощи или в случаях, когда пациент находится в бессознательном, недееспособном состоянии. Следует заметить, что подобные ситуации нередко случаются в клинике инфекционных болезней.

Интерпретационная модель представляет собой разновидность инженерной модели. Одним из следствий биологической революции стало возникновение врача-ученого. Научная традиция требует от ученого беспристрастности. Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений. Отказ от моральной регуляции деятельности – особенность этой модели. Во взаимоотношениях с пациентом доктор опирается только на объективные данные клинко-диагностических исследований. Врач-ученый всегда встает перед вопросом о том, как будут использованы результаты его научных исследований и разработок, в какой степени они принесут благо людям. Поэтому данная модель является не соответствующей современным требованиям биомедицинской этики. История науки показала, что ученый не может избегать ценностных суждений.

Наконец, патерналистская модель взаимоотношений в современной медицинской практике существует как форма отношений медицинских работников с пациентами, базирующаяся на этических принципах Гиппократа и Парацельса. Понятие «патернализм» (от лат. *pater* – отец) обозначает такой тип взаимоотношений людей, при котором одна сторона выступает в роли более

знающего, опытного, компетентного, заботящегося о благе другой стороны «отца», а вторая полностью принимает главенство первой и, безусловно, подчиняется ей. Медицинский работник выступает как заботливый, строгий старший товарищ, который лучше пациента знает, что является для последнего благом. Поэтому больной полностью доверяет принятию решений в отношении своего здоровья доктору или другому медицинскому работнику, который в данный момент занимается проблемами его здоровья. Эта модель остается относительно распространенной в современной медицинской практике в связи с разнообразием психологических особенностей пациентов. Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациентов относительно консультирования и лечения.

С развитием принципов биоэтики и изменением форм оказания медицинских услуг происходят существенные изменения в моделях отношения врача и пациента. Патерналистская модель, традиционно царившая в медицинской практике, теряет свои позиции в современном обществе и уступает место принципу сотрудничества⁶. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию больного стало считаться недопустимым. Повсеместно распространилась норма, согласно которой доктор не имеет права принимать решения без согласия пациента, а последний, в свою очередь, выступает как компетентный потребитель медицинских услуг и требует всесторонней информации о своем заболевании, методах лечения и реабилитации. Именно здесь в полной мере реализуется принцип уважения автономии пациента⁷.

Особые трудности применения и соблюдения этого принципа связаны с клиникой детских болезней, поскольку в данном случае врач имеет дело не только с пациентом, но и с его родителями. При этом принцип уважения автономии ребенка распространяется на родителей в том числе. Последние международные правовые документы, в частности Дополнительный Протокол к Хельсинской

⁶ Седова Н. Н. Правовые основы биоэтики. Монография. — Москва: Триумф, 2004. — 224 с.

⁷ Силуянова И.В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач-пациент // Медицинское право.—2005.—№2(10).—с.14-18.

Декларации (2001-2003 гг.), требуют получения одобрения ребенка и, следовательно, признания его автономности, независимо от возраста для осуществления медицинского вмешательства. Проблематичной также оказалась норма отечественного законодательства, согласно которой информированное добровольное согласие могут давать только дети, достигшие 15 лет.

Согласно действующим нормативам, непосредственно в детских клиниках могут получать стационарную помощь пациенты старше 1-го месяца, но младше 15-ти лет (до месячного возраста дети госпитализируются в отделения патологии новорожденных, после 15-ти лет – во взрослые стационары). Получается, что абсолютно все госпитализированные дети не могут самостоятельно давать согласие на оказание им медицинской помощи, за них это делает один из родителей или законный представитель.

Кроме того, с внедрением в медицинскую практику коллегиальной и контрактной моделей взаимоотношения врача и пациента, встал вопрос о том, что многие родители не готовы принять эти модели, они обладают разной степенью компетентности в вопросе здоровья ребенка, имеют различное представление об объеме информации, которую доктор должен предоставить им по поводу лечения, помимо этого часто просто не признают за ребенком права на автономию.

Врачи-педиатры, в свою очередь, имеют собственные представления о способности ребенка контактировать с ними, следовать их предписаниям, по своему оценивают компетентность представителей ребенка при оформлении информированного согласия. Кроме того, при различных заболеваниях имеются особенности получения согласия на лечение, о которых в официальных документах практически ничего не говорится.

Необходимо учитывать, что ребенок становится не просто пациентом с первых минут своей жизни, он начинает усваивать особую социальную роль – роль пациента. Эта процедура включена в целостный процесс социализации, поэтому медицинские работники выступают здесь одними из главных «агентов влияния». Более того, в зависимости от возраста, типа личности, нозологии,

отношения родителей усвоение социальной роли пациента может дать как негативный, так и позитивный эффекты.

Заслуживает внимания изучение взаимодействия медицинского персонала и пациентов с психологической точки зрения⁸. Во взаимоотношениях «врач-больной» пациент склонен приписывать врачу те черты, которые должны помочь справиться с болезнью. В случае педиатрической практики в специфической роли пациента могут выступать родители больного ребенка, при этом, если ребенок достигает возраста 7-ми и более лет, он независимо от родителей может переносить как на доктора, так и на своих родителей те или иные чувства. Рассматривая личность врача как значимую фигуру, обладающую определенными «магическими» способностями, родитель может его идеализировать, ожидая быстрого и эффективного излечения от всех недугов ребенка. Более того, в ряде случаев он вынашивает надежды не только на избавление своего дитя от соматической болезни, но и, часто бессознательно, на разрешение психологических проблем внутри семьи. Так или иначе, но практически всегда родственники неосознанно ждут от врача чего-то большего, чем соматическую реабилитацию их ребенка. Это ожидание помощи, не только в избавлении от болезни, но и в удовлетворении потребностей и надежд, неудовлетворенных ранее (потребностей в нежности, сочувствии, принятии), приводит к формированию переноса (трансфера). Родитель переносит на доктора свой прошлый опыт отношений со значимыми людьми, ожидания и надежды, которые существовали в этих отношениях.

В том случае, когда мать или отец ребенка переносит на врача положительные чувства, связанные с позитивным опытом взаимоотношений в прошлом, говорят о положительном переносе. Если же они переносят на врача негативные переживания, связанные с прошлым отрицательным опытом построения отношений, - раздражение, недоверие, враждебность, то говорят об отрицательном переносе. Например, при воспитании в неблагополучной семье, в семье лиц, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих наркотики,

⁸ Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа. Москва: Когито-Центр, 2003. — 478 с.

когда родители мало внимания уделяют ребенку, последний с первых лет жизни чувствует себя незащищенным и брошенным, а окружающий мир представляется враждебным и пугающим. Защищаясь, ребенок может вступить в агрессивную конфронтацию не только с окружающими его людьми (медицинским персоналом), но и с собственными родителями, которые также несут в себе потенциальную угрозу. Если, не находя защиты у родителей, ребенок продолжает искать у них сочувствия и помощи, то в подобной ситуации могут складываться амбивалентные отношения с матерью и отцом: ребенок будет испытывать к ним одновременно нежность и страх, ненависть и любовь. Впоследствии, уже во взрослой жизни, эта амбивалентность может проявиться в структуре значимых отношений с другими людьми.

Во взаимоотношениях с врачом больной может спроецировать на него амбивалентный эмоциональный опыт, переживая по отношению к нему чувства настороженности и нежности, доверия и враждебности. Переносные реакции пациента - позитивные, негативные, амбивалентные - усложняют коммуникацию с ним, влияют на эффективность интеракции.

Не только больной ассоциирует с образом доктора свой прошлый опыт эмоциональных отношений с другими людьми, но и врач бессознательно переносит на больного свои ожидания, установки, связанные с прошлым общением. Невольно опираясь на этот опыт, врач строит отношения с больным соответствующим образом, ожидает от пациента определенного поведения, эмоциональных реакций. Феномен переноса врачом на больного опыта прошлых эмоциональных отношений с соответствующими ожиданиями, установками в отношении поведения больного, называется контрпереносом (анти-трансфером). Как и перенос, контрперенос может быть положительным или отрицательным, в зависимости от того, какие эмоции, негативные или позитивные, какие установки и ожидания врач переносит на своего пациента. Отношения, складывающиеся между доктором и больным, представляют собой смесь реальных впечатлений и реакций друг на друга с одной стороны, и разнообразных взаимных реакций переноса, воспоминаний, ассоциаций – с другой.

Условно можно ожидать различных сочетаний переносных и контрпереносных реакций. Например, положительный перенос больным на врача чувств, своих установок и ожиданий может сочетаться с контрпереносом врача на больного положительного эмоционального опыта. В этом случае доктор и пациент с самого начала расположены друг к другу, испытывают взаимную симпатию и доверие. Такая ситуация обеспечивает хороший психологический контакт, взаимопонимание, эффективное сотрудничество, и в то же время возникает вероятность формирования более близких, эмоциональных, неформальных взаимоотношений: отношений дружбы, зависимости, привязанности, что может приводить к нарушениям профессиональной этики со стороны врача.

Возможно сочетание отрицательных переноса и контрпереноса. В отношениях «врач-больной» устанавливается взаимная антипатия, непонимание, враждебность, следствием чего явится невозможность построить доверительные отношения на основе сотрудничества. Феномен, который в межличностных взаимоотношениях обозначается термином «психологическая несовместимость», имеет в своей основе чаще всего взаимные отрицательные переносы и контрпереносы. Понимание и устранение переносных реакций позволяет строить отношения с реальным человеком, а не с собственным травматичным (или, напротив, благополучным) опытом прошлого.

Изучением проблемы социального взаимодействия медицинских работников и родителей детей, страдающих той или иной патологией, занимается социология медицины. В нашей стране эта наука молодая, но активно развивающаяся. Социология медицины была введена в Номенклатуру специальностей научных работников в 2000 г. В отличие от стран Запада, где социолог медицины является в подавляющем большинстве случаев социологом по образованию, в России сложился взгляд на социологию медицины как на науку, стоящую на стыке медицины и социологии.

Основными проблемами социологии медицины, существенными для ее развития в нашей стране, являются: исследование медицинской профессии в

целом и ее отдельных отраслей, исследование роли больного, его поведение в болезни и взаимодействие с медицинским персоналом, оценка результата лечения с точки зрения пациента, изучение социального конструирования болезни и медицинского знания, развитие представлений об охране здоровья как о праве и многое другое. При этом исследовательское поле социологии медицины постоянно расширяется. Основоположник социологии медицины как науки в России академик РАН А.В.Решетников пишет: «Сегодня социология медицины вступила в новый этап своего развития, происходит переоценка многих ее подходов и направлений, по-новому трактуются политические и культурные изменения в системе охраны здоровья. Именно на этом этапе возникает необходимость оценить вклад, который эта наука вносит в понимание социальной природы современной деятельности на благо здоровья». Также он дополняет: "Успех социологии медицины определяется тем, что её исследования, в отличие от медицины и социологии, направлены в точки на границы соединения медицинского знания и истории жизни конкретного индивида, конкретной социальной группы, конкретного социума, имея своей целью изучение закономерностей адаптации индивида к медико-социальной ролевой структуре функционирования социума (больной, пациент, врач, менеджер здравоохранения) и, следовательно, поиск средств защиты его ЭГО от социума".

1.3. Исследование проблем современной педиатрии в социологии медицины

Далеко не все социальные проблемы педиатрии получили исчерпывающее решение в диссертационных работах по социологии медицины, что предполагает продолжение исследований состояния здоровья детей и подростков в рамках данной специальности.

Только в Волгоградском государственном медицинском университете, начиная с 2000-х годов, было защищено в общей сложности более 150 диссертаций по проблемам социологии медицины, часть из которых затрагивала вопросы детского благополучия. Учитывая достаточно большое число выполненных работ, посвященных этой теме, интересных с научной и практической точек зрения, имеет смысл говорить о социологии педиатрии — новом разделе педиатрии и социологии медицины, занимающемся всем комплексом процессов и отношений, характеризующих сферу здоровья детей и подростков с медико-социальных позиций.

Изучение межличностных отношений в медицине в нашей стране началось совсем недавно, а именно в конце 90-х — начале 2000-х годов благодаря фундаментальным работам А.В. Решетникова. Очевидно, что социология в целом не располагает методикой клинических исследований, а сами социологи — достаточной квалификацией, для проведения подобного исследования. Учитывая, что клинические методы исследования не могут объяснить нюансы взаимодействия в паре доктор-пациент с социологической точки зрения, это можно осуществить, используя методологию социологии медицины.

Большая часть подобных исследований выполнялась в области стоматологии, медико-социальной реабилитации детей с инвалидностью, акушерства и гинекологии, а также педиатрии, практически не затрагивая область инфекционных болезней. При этом если работа касалась педиатрической патологии, исследовались аспекты взаимодействия исключительно доктора и родителей больного ребенка.

Так в работе Куюмджиди Н.В. «Медико-социологический анализ влияния комплаентности родителей на эффективность профилактики заболеваний зубов у детей раннего возраста» (2011) акцент сделан на формирование культуры здоровьесберегающего поведения в семье. Были получены данные для сравнительного анализа физиологических и социальных факторов формирования соматического и, конкретно, стоматологического здоровья ребенка в семье. Роль родителей как агентов социализации, была конкретизирована как роль агентов здоровьесберегающей социализации.

Однако роль самого ребенка как участника лечебного процесса, в рассмотренных исследованиях практически не выяснялась. Это связано, по-видимому, с тем, что в данных работах речь шла о детях раннего возраста, чья социальная роль как пациентов еще не структурирована. Таким образом, остается нераскрытым очень важный вопрос взаимоотношений всех агентов здоровьесберегающей социализации – больного ребенка, членов его семьи (родителей) и посторонних (врачи) также не исследовался в достаточной мере.

В публикации Табатадзе В. Г. «Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике» (2007) материалом послужили данные, полученные в ходе социологического анализа ортодонтической практики – специфического раздела стоматологии, где роль ребенка-пациента особенно очевидна. Оказалось, что действия врача-ортодонта выходят за границы его профессиональной роли, он выступает и как воспитатель-педагог, и как психотерапевт, и, главное, как непосредственный агент социализации. Занимаясь пациентами, врач входит в сферу, где простого упорства и твердого следования правилам и положениям науки мало; для успешной деятельности необходимы самоанализ, самоэксперимент, самовладение. Врачу надо постоянно действовать на опережение с точки зрения прогнозов, анализа, планов. Фактически доказано, что врач выступает агентом семейной социализации.

В докторской диссертации Эртель Л.А. «Автономия ребенка как пациента в педиатрии и неонатологии» (2006) было показано, что агенты социализации играют решающую роль в идентификации ребенком себя как пациента. При этом

врачи более эффективны в этом качестве, хотя главные функции выполняют родители ребенка. Способность к выполнению социальной роли пациента вырабатывается у ребенка постепенно, но не эволюционно, а дискретно – в соответствии с этапами созревания систем организма и переживаемыми кризисами социализации. О ребенке как компетентном пациенте можно говорить уже после второго физиологического скачка. Модель поведения врача выбирается в соответствии со стадией социализации и поведением родителей ребенка, она всегда ориентирована на формирование у ребенка навыков компетентного пациента. Было показано, что почти половина родителей отказываются признавать право ребенка на автономию. Это является первым и основным препятствием в усвоении им данной социальной роли.

Поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и от свободы его личности. В связи с распространением контрактной и коллегиальной моделей взаимоотношения врача и пациента, институализация этических отношений в медицине привела к структурированию принципа информированного согласия как юридической компоненты клинических испытаний.

По мере взросления, дети должны постепенно становиться основными партнерами врача в решениях относительно своего здоровья, принимая ответственность от родителей. Получение согласия ребенка - это интерактивный процесс, в котором стороны делятся информацией и ее оценкой и принимают совместное решение. Среди педиатров существует высокая степень готовности к принятию информированного согласия ребенка в качестве нормы, однако эта готовность осознается пока только группой, составляющей не более четвертой части. Вместе с тем, еще около четверти педиатров составляют группу активных противников информированного согласия ребенка. Среди них присутствует латентно-негативное настроение и по отношению к обязанности полностью информировать родителей и советоваться с ними, хотя открыто это выражает

лишь незначительное число врачей. Подавляющее большинство предпочитает жить и работать по инструкциям и не принимает участия в обсуждении возможных изменений.

В работе Лаврентьева О.Э. «Социальное взаимодействие врачей-педиатров и родителей в профилактике и лечении ОРВИ у детей» (2010) подтверждается гипотеза о том, что врачи и родители – главные социальные агенты профилактики и лечения ОРВИ у детей. Если между ними нет эффективного взаимодействия в этом вопросе, доктора вынуждены прибегать к дополнительным медикализирующим воздействиям, что вредит здоровью ребенка, а родители решаются на самолечение, что также небезопасно.

Все вышеупомянутые исследования имели целью изучение в основном социальных аспектов взаимодействия между двумя агентами социализации: родителем и врачом. При этом роль ребенка в этой коммуникации практически не учитывалась.

В зарубежном научном сообществе изучением взаимодействия врач-родитель-ребенок как трехсторонней структуры, включающей особенности коммуникаций между врачом и родителем, врачом и ребенком, а также ребенком и родителем в процессе стационарного лечения, начали заниматься намного раньше, чем в России, а именно с конца 60-х годов прошлого столетия. При этом кажется удивительным тот факт, что первые исследования взаимоотношения пациента и доктора имели место именно в педиатрических работах⁹, однако специфическая роль ребенка в медицинском диалоге долгое время не считалась заслуживающей внимания. Исследования сосредоточивались, главным образом, на двухэлементных взаимодействиях между взрослыми. Даже в случае триады доктор-родитель-ребенок, роль ребенка часто игнорировалась¹⁰. Как заключили Korsch и др. «... в педиатрии пациент чаще обращается к родителю, обычно матери. Зачастую для врача пациент и родитель взаимно заменяют друг друга».

⁹ Korsch, B. M., Gozzi, E. K., Francis, V., (1968). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871

¹⁰ Pantell, R. H., Stewart, T. J., Dias, J. K., Wells, P., & Ross, A. W. (1982). Physician communication with children and parents. *Pediatrics*, 70, 396-402.

Авторы, как представляется, идентифицируют родителя как пациента, безоговорочно игнорируя ребенка. Обзорные статьи того периода едва обращали внимание как на взаимоотношения доктора и ребенка, так и на влияние присутствия третьего участника¹¹.

Есть, однако, теоретические и клинические данные, что роль ребенка в медицинском диалоге заслуживает особого внимания. Дети, особенно старшей возрастной группы, вероятнее всего, в состоянии понять больше о концепции здоровья и болезни, чем было принято думать¹². Так, многократно демонстрировалось, что более прямая связь между врачом и ребенком способствует улучшению взаимоотношений с точки зрения диагностики, лечения и прогнозов¹³.

Кроме того, развитие сосредоточенной на пациенте модели взаимодействия привело к изменению в отношениях между врачом и пациентом от чрезвычайно неполного к более равноправному¹⁴. Более того, отношение к ребенку стало не столь репрессивным и авторитарным. Недавние исследования показали, что дети играют намного более активную роль во взаимодействии с взрослыми, чем считалось до сих пор¹⁵. Следовательно, роль ребенка в медицинских взаимоотношениях должна быть столь же важной, как и родительская. Все более и более признается, что сами дети должны быть вовлечены в решения относительно их собственного здоровья¹⁶.

Взаимодействие доктора, родителя и ребенка как трехсторонняя структура обладает оригинальными признаками, которые существенно отличаются от двухэлементных взаимодействий пациента и доктора, и поэтому должны быть изучены как уникальный раздел медицинских отношений.

¹¹ Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12, 99-119.

¹² Colland, V.T. 1990. *Coping with asthma: Intervention methods for children and parents* [Dissertation]. Amsterdam: Thesis Publishers.

¹³ Pantell, R. H., & Lewis, C. C. (1993). Talking with children: How to improve the process and outcome of medical care. *Medical Encounter*, 10, 3-7.

¹⁴ Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. London: Sage Publications.

¹⁵ Elbers, E., Maier, R., Hoekstra, T., & Hoogsteder, M. (1992). Internalization and adult-child interaction. *Learning and Instruction*, 2, 101-118.

¹⁶ Alderson, P., & Montgomery, J. (1996). *Health care choices: making decisions with children*. London: Institute for Policy Research.

Рассмотренные исследования сообщили о вкладе врача в консультацию приблизительно в 60%. Это согласуется с общими исследованиями взаимоотношения пациента и доктора, в которых показывалось, что пациенты вносили 40% своего вклада в беседу, а также в соответствии с описанием Arntson и Philipsborn (1982) взаимоотношения родителя и доктора. Участие ребенка, по-видимому, образуется за счет родительского вклада в беседу. Самое важное заключение, однако, состоит в том, что вклад ребенка в разговор очень небольшой. Разница в ограниченном детском участии (от 2 до 14%) может быть объяснена оценкой различных второстепенных факторов, в т.ч. возрастной структуры. Исследователи группы Korsch главным образом изучали младенцев и малышей, тогда как возраст в других исследованиях колебался от 5 до 10 лет. Обоснованность этого объяснения подтверждена результатами исследования Pantell и др. (1982) и Van Dulmen (1998), которые подчеркивают положительную корреляцию между возрастом ребенка и вкладом в разговор.

Второе возможное объяснение состоит в том, что исследования Korsch были выполнены в конце 1960-ых годов, когда у детей не было свободы выражения своего мнения. Предположение об увеличивающемся вкладе ребенка с течением времени поддержано Meeuwesen и Kaptein (1996) и Meeuwesen и др. (1998). Третьим фактором могла быть разница в степени дружеских отношений доктора, родителя и ребенка; в исследованиях Korsch участники встречались впервые, тогда как другие исследования рассматривали главным образом, повторные посещения.

Чтобы получить информацию, доктора в известной степени полагаются на ребенка, вместе с тем диагностическая и лечебная информации прежде всего предназначены родителю. С точки зрения различных целей медицинской консультации врач в основном ограничивает разговор по медицинским вопросам, чтобы создать хорошие взаимные отношения. Однако ограничение взаимодействия доктора и ребенка только к созданию хороших взаимоотношений

мешает двум другим важным целям медицинского общения, а именно обмену информацией и принятию решения по лечению¹⁷.

Наконец, эта область исследования подчеркивает позитивную связь между дружелюбным поведением доктора, родительским удовлетворением и комплаентностью. Это соответствует исследованиям взаимоотношения доктор-родитель, которые показывают более высокую корреляцию между родительским удовлетворением и дружелюбным поведением врача, а также более высокую корреляцию между удовлетворением и информативностью врача¹⁸. При этом проблема удовлетворения ребенка и приверженность в процессе медицинской консультации не рассматривается, в то время как можно было бы ожидать, что способ, взаимодействия врача с ребенком будет влиять на результат консультации с точки зрения удовлетворения, приверженности, отзывов, взаимопонимания и, вероятно, последствий для здоровья.

Роль ребенка в медицинском взаимодействии – предмет, который был и остается недостаточно изученным. Когда пациент – ребенок, обычно главная роль исследования отводится взаимодействию родитель-доктор, а не взаимодействию между доктором и ребенком, и мало внимания уделяется специфической роли ребенка. Поскольку рассмотренные исследования имеют дело со специфическим вкладом ребенка, они изображают стереотип детского участия ограниченным до предоставления медицинской информации и установления дружелюбных отношений с врачом. Контролируя стратегию беседы, родитель претендует во многих случаях на свою роль в беседе вместо ребенка.

Отрицание ребенка как активного участника никак не соответствует развитию подхода, сосредоточенного на пациенте¹⁹. Как было отмечено ранее, все более и более признается, что дети также должны быть вовлечены в решения об их собственном здоровье. С точки зрения перспективы в сосредоточенной на

¹⁷ Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903-918.

¹⁸ Street, R. L. (1991). Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Medical Care*, 11, 1146-1152.

¹⁹ Borne, H. W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling*, 34, 89-102.

пациенте заботе, роль ребенка в консультации должна быть столь же важной, как и родительская.

Большинство используемых методологий исследования основано на анализе пар. Хотя практически во всех исследованиях утверждается, что изучается взаимодействие между доктором, родителем и ребенком, большинство из них не касаются присутствия третьего участника. Последствие этого преобладающего двухэлементного подхода выражается в том, что ценная информация о динамике взаимоотношений трех лиц в беседе с точки зрения влияния на беседу и ролевого участия остается недооцененной.

Ограничивая фокус исследования двухэлементным взаимодействиям доктора и родителя, а также доктора и ребенка, феномен родительского контроля (родитель, берущий на себя роль ребенка, когда доктор обращается к ребенку) авторы в своих работах не показывают. Отсюда можно заключить, что поскольку динамика межличностных отношений в триаде фундаментально отличается от двухкомпонентных отношений, анализ взаимодействия в триаде доктор-родитель-ребенок является необходимым условием для полного учета взаимоотношений.

Ребенка нужно принимать серьезно и считать его разумным, способным и полезным участником с его собственными познавательными и эмоциональными потребностями. На вопрос когда ребенка можно считать полноправным участником в медицинском взаимодействии, следует отвечать в зависимости от возраста ребенка, типа жалобы и взаимоотношений между родителем и ребенком. Дети могут быть более или менее полезными в беседе родителя и доктора. Поэтому, будущие исследования должны также фокусироваться на различных ролях родителя в медицинском взаимодействии, например, в качестве представителя, посредника или активного члена.

Наконец, роль доктора заслуживает дальнейшего внимания. Врач должен иметь дело с двумя собеседниками с потенциально различными потребностями и целями. В случае триады доктор-родитель-ребенок развитие направленного на пациента медицинского подхода может стать более проблематичным, чем до настоящего времени принято. С одной стороны, доктор должен учить ребенка

справляться с вопросами здоровья и болезни, в то время как, с другой стороны, врач должен сочувствовать событиям и вопросам родителя.

При всем многообразии работ, сосредоточившихся на изучении взаимоотношений между медицинскими работниками, больными детьми и их родителями, не рассматривался вопрос о связи наличия родителей, а точнее наличии позитивной компоненты взаимодействия врач-родитель и результатов проведенного лечения, в т.ч. сроков его проведения, затраченных финансовых ресурсов и т.п. Разумно было бы предположить, что присутствие родителей во время лечебного процесса как позитивных агентов социализации ребенка – важнейший фактор его скорейшего выздоровления.

Непосредственное нахождение одного из родителей в детском лечебном учреждении стало возможным благодаря развитию гуманистических направлений биомедицины и биоэтики, в частности реализации права родителя на совместное пребывание с ребенком в стационаре. В нашей стране оно закреплено в Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так в статье 52 пункте 3 указано: «Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается».

Также вопрос совместного нахождения ребенка и родителя регламентируется Приказом Минздравсоцразвития России от 29 июня 2011 г. № 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности", где в V главе пункте 35 указано, что листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным ребенком в возрасте до 7 лет: при амбулаторном лечении или

совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания; за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Анализируя ныне действующие нормативы, можно сделать вывод, что если ребенок находится в возрастной когорте 7-15 лет, то срок его совместного пребывания с родителем, скорее всего, будет ограничен 15-тью днями, что может негативно сказаться на прогнозе лечения. Хотя известно, что средняя продолжительность стационарного лечения ребенка в инфекционном стационаре составляет в среднем 5-7 дней, существует достаточно много инфекционных болезней, требующих гораздо более длительной терапии и наблюдения, в частности болезни ЦНС (менингиты, энцефалиты), инфекции, склонные к хронизации (вирусные гепатиты, бруцеллез) и многие другие.

Также если ребенок выходит за рамки 4-х летнего возраста, есть вероятность, что родителям придется самостоятельно оплачивать совместное пребывание с ребенком в стационаре, что также не всегда доступно для наших граждан по финансовым соображениям. При этом известно, что для нахождения родителей вместе с детьми всегда есть как минимум два вида показаний: юридические и социальные. Родители (или иные законные представители) обязаны в соответствии с законом защищать интересы детей, в частности давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. При отсутствии родителей ребёнок вынужден нести ответственность за свое здоровье самостоятельно. Отказ в совместном пребывании фактически лишает родителей возможности защищать интересы ребёнка. Дети любой возрастной категории нуждаются в близости и поддержке родных. Лишение возможности находиться в стационаре вместе с близким человеком прибавляет страданий больному ребёнку,

в т.ч. за счет значительного ухудшения бытовых условий пребывания в клинике. Такой запрет можно расценить как акт жестокого обращения с ребёнком, что также противоречит принятым современным нормам в области биоэтики и юриспруденции.

Запрет на совместное нахождение ребенка с родителем во время стационарного лечения может спровоцировать развитие специфического синдрома, называемого госпитализмом. Синдром госпитализма определяется как совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием индивида в стационаре в отрыве от близких людей и дома. Этот феномен впервые был описан у младенцев и детей, долго находившихся в клинике в разлуке с матерью. Наиболее часто влияния, ведущие к госпитализму, объединяют под названием психической депривации. Лангмайер и Матейчек дают следующее определение: это «состояние, развивающееся вследствие такой жизненной ситуации, когда субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его витальных психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Психическая депривация может проявляться в сенсорной области – бедностью впечатлений из-за недостатка разнообразных ощущений; в эмоциональной области – при отсутствии любви, заботы и эмоциональной поддержки, а также в интеллектуальной сфере – в связи с уменьшением стимулов, способствующих развитию умственных способностей.

К симптомам госпитализма у детей относятся: замедление психического и физического развития, пониженный уровень адаптации к окружению, снижение иммунного статуса ребенка, что может понизить сопротивляемость к инфекциям и тем самым ухудшить прогнозы проводимой терапии. Последствия госпитализма в педиатрической практике являются долговременными и зачастую могут быть необратимыми.

Врачи и родители – главные социальные агенты профилактики и лечения педиатрической патологии. Если между ними нет эффективного взаимодействия в этом вопросе, врачи вынуждены прибегать к дополнительным медикализирующим воздействиям, что в ряде случаев вредит здоровью ребенка, а

родители решаются на самолечение, что также небезопасно. Вопрос о совместном пребывании родителя и ребенка в стационаре следует решать положительно, за исключением случаев, когда это противоречит санитарно-эпидемическому режиму. Только грамотное распределение ролей и научно обоснованная стратегия взаимодействия может сделать их усилия эффективными, что снизит риск инфекционных заболеваний у детей.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании применялись методы социологии медицины. Их выбор был определен темой и материалом исследования²⁰. Поскольку задачи исследования предполагали массив детей-пациентов инфекционного стационара и их родителей в качестве генеральной совокупности, средой исследования нами была выбрана волгоградская областная детская клиническая инфекционная больница (ГБУЗ «ВОДКИБ»).

Методы социального исследования классифицируют на качественные и количественные. Различия между ними обуславливают разнообразные инструменты исследования и базируются на отличающихся теоретических основах и платформах²¹. Нами были использованы конкретно-социологические методы: анкетный опрос, простое интервью, кейс-стади, фокус-группа.

Для изучения социального аспекта взаимодействия врача и родителя больного ребенка, с учетом принятых в социологии требований к анкетированию первая часть вопросов носила нейтральный характер, затем предлагались более сложные и, наконец, вопросы социально-демографического блока завершали анкету. Отсутствовали пункты, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и вопросы с двойным отрицанием, было минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более пяти и другие^{22,23,24}. Была составлена и использована оригинальная анкета.

Изучение мнения медицинских работников по вопросам взаимоотношений с родственниками ребенка-пациента изучались при помощи анкетирования и простого интервью. Основные навыки общения с родителями ребенка вырабатываются в процессе приобретения врачебного опыта. Поэтому среди наших респондентов преобладали женщины с опытом работы более 20-ти лет. Мы

²⁰ Бутенко И.А. Организация прикладного социологического исследования. - М.: Тривола, 1998. - 228 с.

²¹ Тощенко Ж.Т. Социология. Общий курс. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Прометей: Юрайт-М, 2001. – 511 с.

²² Решетников А.В., С.А.Ефименко // Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

²³ Ядов В.А. Социологическое исследование: Методология, программа, методы. – Самара: "Самарский университет", 1995. - 337 с.

²⁴ Деларю В.В. Социологические методы исследования в медицине. – Волгоград: ВолгГАСА, 2002. - 68 с.

провели опрос 43 врачей-педиатров детских инфекционных отделений медицинских учреждений г. Волгограда. Анкета включала 7 вопросов. По результатам анализа полученных данных, те же врачи были проинтервьюированы с целью уточнения ключевых позиций. Был использован метод простого интервью.

Мы также провели опрос 147 родителей, бабушек и опекунов детей, находящихся на стационарном лечении по поводу инфекционных заболеваний. Анкетирование проводилось во всех отделениях детских инфекционных стационаров Волгоградской области, максимально охватывая присутствующие нозологии. Анкета включала 10 вопросов. Опрос проводился в каждом отделении в течение одного рабочего дня, чтобы исключить повторное включение респондентов в опрос. Все родители охотно отвечали на вопросы анкеты и участвовали в интервью, которое проводилось после анкетирования, с целью прояснить некоторые позиции, отмеченные в анкетах.

Характеристика респондентов

Степень родства с ребенком:	Количество детей в семье:		Материальное положение:		Возраст		Работа		
	Процент	Число	Процент	Категория	Процент	Категория	Процент	Категория	
Мама	88%	1	58%	Хорошее	55%	18-29 лет	44%	Да	61%
Папа	1%	2	37%	Удовлетв.	42%	30-39 лет	43%	Нет	34%
Бабушка	10%	3	3%	Плохое	3%	40-59 лет	8%	На пенсии	5%
Опекун	1%	> 3-х	3%			60 и более лет	5%		

Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали мамы, имеющие одного ребенка в семье, оценивающие свое материальное положение как хорошее, находящиеся в возрастной когорте 18-39 лет и имеющие постоянное место работы.

Первичную социологическую информацию возможно получить с помощью такого метода, как кейс-стади. Как известно, метод кейсов (англ. Case method, кейс-метод, кейс-стади, case-study, метод конкретных ситуаций, метод ситуационного анализа) — это техника изучения объектов или процессов, использующая описание реальных экономических, социальных, медицинских и других ситуаций. В подобных исследованиях после анализа ситуации и определения сути проблемы предлагаются возможные решения и определяется лучшее из них. Кейсы базируются на фактическом материале или же приближены к реальной ситуации. В социологии медицины данный метод весьма эффективен, так как позволяет дать социологическую оценку клинической ситуации.

В нашем исследовании изучены истории болезней детей, находившиеся на стационарном лечении в инфекционных отделениях детских больниц Волгограда и области. Рассматривалась первичная медицинская документация тех детей, чьи родители подавали письменные жалобы на медицинский персонал медучреждения в 2012-2014 гг. Целью изучения данных случаев явился аналитический обзор межличностного взаимодействия медицинского персонала и родителей больных детей для оптимизации последнего и недопущения отрицательного воздействия негативной интеракции на лечебный процесс ребенка.

Описание клинических случаев проводилось путем применения известных клинических методов объективного исследования, широко используемых в практике инфекционных заболеваний у детей — физикальных, лабораторных и инструментальных. Нозологические формы, рассмотренные в методе кейсов, чаще всего относились к группе острых респираторных и кишечных инфекций, а также их сочетаний: острый бронхит, острый ларинготрахеит, инфекционный мононуклеоз, пневмония, острый гастроэнтероколит, эшерихиоз. В ряде случаев указанная патология комбинировалась с ЛОР-болезнями (острый средний экссудативный отит, аденоидные вегетации), неврологическими (детский церебральный паралич, эпилепсия) и хирургическими (острый аппендицит, перитонит) заболеваниями.

Так, в первом кейсе ребенок А. обследовался с использованием следующих методов:

- 1) Анамнестический: активный расспрос родителей;
- 2) Физикальный: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- 3) Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, перианальный соскоб, кал на яйца гельминтов, посев кала на дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, посев кала на условно-патогенную флору, копрограмма, биохимия крови;
- 4) Инструментальные методы обследования: УЗИ органов брюшной полости.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен окончательный клинический диагноз: Острый гастроэнтерит инфекционной этиологии, вызванный *Klebsiella Pneumonia* 10^6 КОЕ/г от 13.08.2013, среднетяжелое течение. Острое респираторное заболевание. Острый бронхит, среднетяжелое течение. Двусторонний острый средний катаральный отит, среднетяжелое течение. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барра от 16.08.2013, среднетяжелое течение.

В терапии данного больного использовались следующие группы лекарственных средств:

- 1) Антибактериальные, с ротацией антимикробных средств
- 2) Муколитические
- 3) Противовирусные
- 4) Сорбентные
- 5) Ферментные
- 6) Пробиотические
- 7) Дезинтоксикационные.

В кейсе 2 Ребенок Б. обследовался с помощью следующих методов:

- 1) Анамнестический: активный расспрос родителей;
- 2) Физикальный: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;

3) Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, перианальный соскоб, кал на яйца гельминтов, биохимия крови, бактериологический посев мочи на стерильность, моча по Нечипоренко, исследование крови и мазка из ротоглотки на вирус Эпштейн-Барра (ВЭБ) и цитомегаловирус (ЦМВ);

4) Инструментальные методы обследования: УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ;

5) Консультации кафедральных сотрудников ВолгГМУ и врачей смежных специальностей.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен окончательный клинический диагноз: Прикорневая правосторонняя пневмония (рентгенологическое подтверждение от 04.12.2012), среднетяжелое течение. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барра от 20.12.2012, среднетяжелое течение. Сопутствующий диагноз: Детский церебральный паралич, симптоматическая эпилепсия.

В терапии данного больного использовались следующие группы лекарственных средств:

- 1) Антибактериальные, с ротацией антимикробных средств
- 2) Противовирусные
- 3) Антисептические
- 4) Бронходилатационная
- 5) Противоэпилептическая
- 6) Дезинтоксикационные
- 7) Иммуномодулирующая.

В кейсе 3 применялись следующие методы обследования:

- 1) Анамнестический: активный расспрос родителей;
- 2) Физикальный: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- 3) Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, перианальный соскоб, кал на яйца гельминтов.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен окончательный клинический диагноз: Острый ларинготрахеит, среднетяжелое течение.

В терапии данного больного использовались следующие группы лекарственных средств:

- 1) Антибактериальные
- 2) Противовирусные
- 3) Муколитические
- 4) Десенсибилизирующие и антиконгестантные.

В кейсе 4 одновременно госпитализировались трое детей из одной семьи: П. Степан 22.05.2008 г.р., П. Вероника 12.06.2010 г.р. и П. Валентина 09.12.2011 г.р. Для каждого из пациентов применялись следующие методы обследования:

- 1) Анамнестический: активный расспрос родителей;
- 2) Физикальный: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- 3) Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, перианальный соскоб, кал на яйца гельминтов.

Окончательный клинический диагноз не был поставлен ни одному из пациентов, т.к. мама самовольно покинула клинику.

Детям проводились однотипные терапевтические мероприятия с использованием следующих групп лекарственных средств:

- 1) Антибактериальные
- 2) Противовирусные
- 3) Муколитические
- 4) Бронходилатирующие.

В последнем пятом кейсе ребенок Т. обследовался с помощью следующих методов:

- 1) Анамнестический: активный расспрос родителей;
- 2) Физикальный: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;

3) Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, перианальный соскоб, кал на яйца гельминтов, посев кала на дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, копрограмма, биохимия крови, моча по Нечипоренко, РПГА с сальмонеллезным и дизентерийным диагностикумами, кровь на гемокультуру и стерильность;

4) Инструментальные методы обследования: УЗИ органов брюшной полости;

5) Консультации врачей смежных специальностей.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен диагноз: Острый аппендицит. Перитонит, тяжелое течение. Конкурирующий диагноз: Эшерихиоз, вызванный энтероинвазивной E.coli O143, гастроинтестинальный вариант, токсикоз 2 степени, тяжелое течение. Сопутствующий: Острое респираторное заболевание. Острый бронхит, среднетяжелое течение. Аденоидные вегетации 2 степени. Острый синусит? Анемия 1 степени. Дисметаболическая нефропатия, среднетяжелое течение.

В терапии данного больного использовались следующие группы лекарственных средств:

- 1) Антибактериальные, с ротацией антимикробных средств
- 2) Муколитические
- 3) Противовирусные
- 4) Сорбентные
- 5) Ферментные
- 6) Пробиотические
- 7) Дезинтоксикационные.

С целью выяснения мнения экспертов о взаимоотношениях медицинского персонала детского инфекционного стационара и родителей детей-пациентов была проведена фокус-группа (09.10.2014). Фокус-группа проводилась на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского Научного Центра. Монитор прошел подготовку по социологии медицины в Арканзасском медицинском Университете (США).

Раздаточный материал – данные анкетирования врачей, интернет-материалы, данные о нозологическом статусе пациентов детского инфекционного стационара ГБУЗ ВОДКИБ г. Волгограда. Материал был отобран на базе одной клинической больницы для того, чтобы сделать сравнительные процедуры очевидными для участников. Состав группы:

1. **М.** – модератор, руководитель Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ.
2. **П.** – доктор медицинских наук, профессор.
3. **Н.** – врач-инфекционист детской клинической больницы.
4. **С.** – медицинская сестра инфекционного отделения детской клинической больницы.
5. **Е.** – мама ребенка, находившегося на стационарном лечении в детской инфекционной больнице.
6. **Л.** – бабушка ребенка, находившегося на стационарном лечении в детской инфекционной больнице.
7. **О.** – врач-педиатр, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.
8. **К.** – врач-инфекционист, аспирант медицинского университета, помощник модератора.
9. **Д.** – участковый врач-педиатр, кандидат медицинских наук.
10. **Ч.** – ответственный секретарь Регионального Исследовательского Этического Комитета, кандидат социологических наук, доцент.
11. **В.** – юрист.

В работе представлен протокол фокус-группы.

Глава 3. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Отношение врачей к участию родителей ребенка-пациента в его лечении

Включение родителей в процесс лечения ребенка – чрезвычайно важная составляющая этого процесса. Их участие здесь может формироваться стихийно, на основе эмоций и обыденного сознания. Это связано с рисками некомплаентности, избыточной медикализации и т.п. Поэтому одна из задач врача-педиатра – сформировать целенаправленный, научно-обоснованный и рациональный подход родителей к участию в лечении. Это может быть достигнуто только при постоянном контакте врача и родителей, при этом навыки такого общения у нас системно не формируются. Более того, с внедрением в практику каждого нового Государственного стандарта высшего профессионального образования число учебных часов на изучение поведенческих дисциплин сокращается. Их переносят в учебном плане на младшие курсы, когда студенты еще не видят пациентов, не бывают в клинике и, следовательно, не могут ассоциативно связать теоретический материал с практикой²⁵. Поэтому основные навыки общения с родителями ребенка вырабатываются в процессе приобретения врачебного опыта.

Мы провели опрос 43 врачей-педиатров детских инфекционных отделений медицинских учреждений г. Волгограда. Среди наших респондентов преобладали женщины с опытом работы более 20-ти лет. Анкета включала 7 вопросов. По результатам анализа полученных данных, те же врачи были проинтервьюированы с целью уточнения ключевых позиций. Был использован метод простого интервью. Прежде всего, необходимо было выяснить, как часто врач общается с родителями ребенка, находящегося на стационарном лечении. Результаты ответов на этот вопрос представлены в табл. 1, распределение показано на рис. 1

²⁵ См., например, «Педиатрия. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (квалификация специалист)»// Режим доступа <http://window.edu.ru/resource/345/74345>. – 10.07.2014.

Частота контактов врача и родителей ребенка

<i>Часто ли Вы контактируете с родителями ребенка, находящегося на стационарном лечении?</i>		
№№	Ответы	%
1	Ежедневно	52
2	Несколько раз в неделю	9
3	По мере необходимости, индивидуально в каждом случае	30
4	Затрудняюсь ответить	9

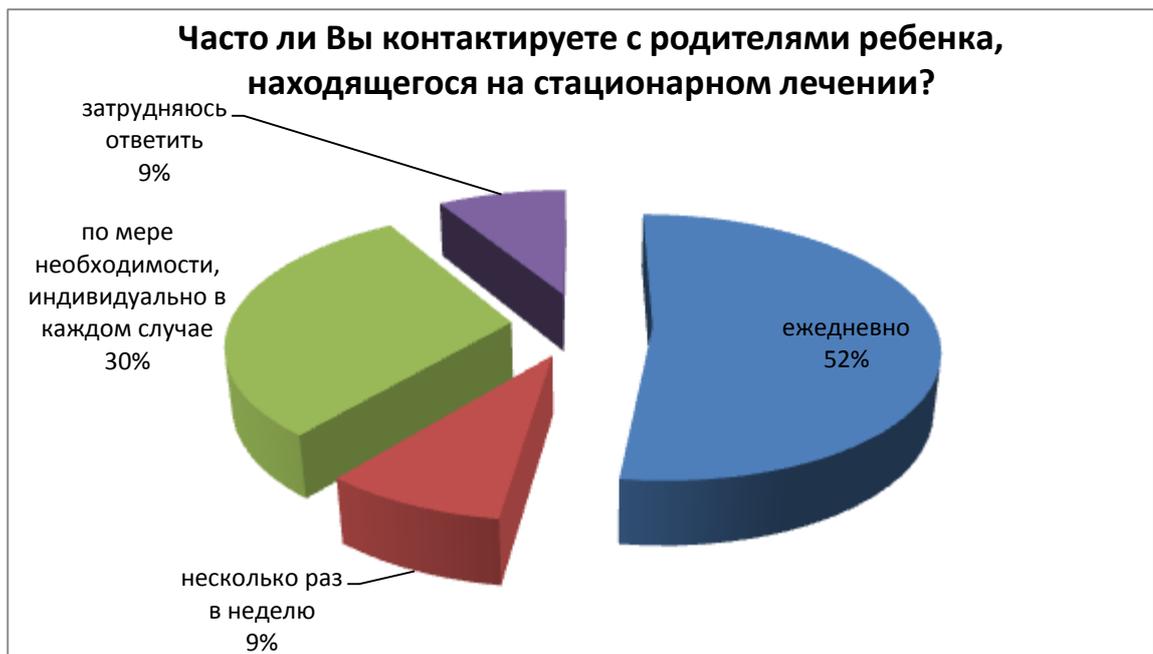


Рис.1. Частота контактов врача и родителей ребенка в условиях стационара

Мы предполагали, что контакты врача и родителей ребенка, находящегося на стационарном лечении, будут ежедневными почти в 100% случаев. Но оказалось, что ежедневно общаются с родственниками ребенка-пациента только около половины врачей (52%). Поэтому им мы задали вопрос о том, кто является инициатором таких контактов. Оказалось, что в большинстве случаев (врачи затруднились назвать точные цифры) инициировались такие контакты родителями пациентов, которые уточняли у лечащего врача те или иные моменты по уходу и процессу лечения.

Этот ответ привел к логическому предположению о том, что редкое общение также обусловлено поведением родителей. Те врачи, которые общаются

с ними несколько раз в неделю (2 – 3 раза), подтвердили, что родители не проявляют большой активности в контактах, хотя, как и в первом случае, большинство бесед происходит по их инициативе.

Оптимальной считали свою позицию те врачи, которые ответили, что общаются с родителями ребенка по мере необходимости, определяемой каждым конкретным случаем. В данной группе респондентов большинство отметило, что сами являются инициаторами контактов с родителями. Здесь очевидны две модели поведения – коллегиальная (вступать в контакт каждый раз, когда у родителей есть потребность в этом) и патерналистская (родители должны выполнять предписания врача и встречаться с ним тогда, когда он считает это необходимым). В то же время именно в этой группе просматривается ориентация на полезность общения с родителями. Действительно, контакт ради контакта часто оказывается неэффективным, в то время как совместное решение проблемы по мере ее возникновения ведет, чаще всего, к положительному результату. И оказывается, что патерналистское по форме поведение врача в данном случае является по содержанию как раз коллегиальным.

Мы спросили тех, кто не дал ответа на поставленный вопрос, о причинах их затруднений. И получили единодушный ответ: «Так много работы, что и не упомнишь, с кем и когда разговаривал». Другими словами, затруднившиеся ответить врачи просто не фиксировали частоту контактов с родителями маленьких пациентов, считая этот аспект своей деятельности не столь важным.

Установленное отношение к частоте и необходимости контактов с родителями могло определяться тем, как оценивают врачи их роль в лечебном процессе, поэтому был задан соответствующий вопрос (табл.2, рис.2).

Таблица 2.

Роль родителей в лечебном процессе

<i>Вы считаете, что родители:</i>		
№.№	Ответы	%
1	Всегда помогают врачу в процессе лечения	9
2	Чаще помогают врачу в процессе лечения	74
3	Чаще мешают врачу в процессе лечения	9

4	Их присутствие в стационаре нежелательно	4
5	Иногда помогают, иногда мешают	4

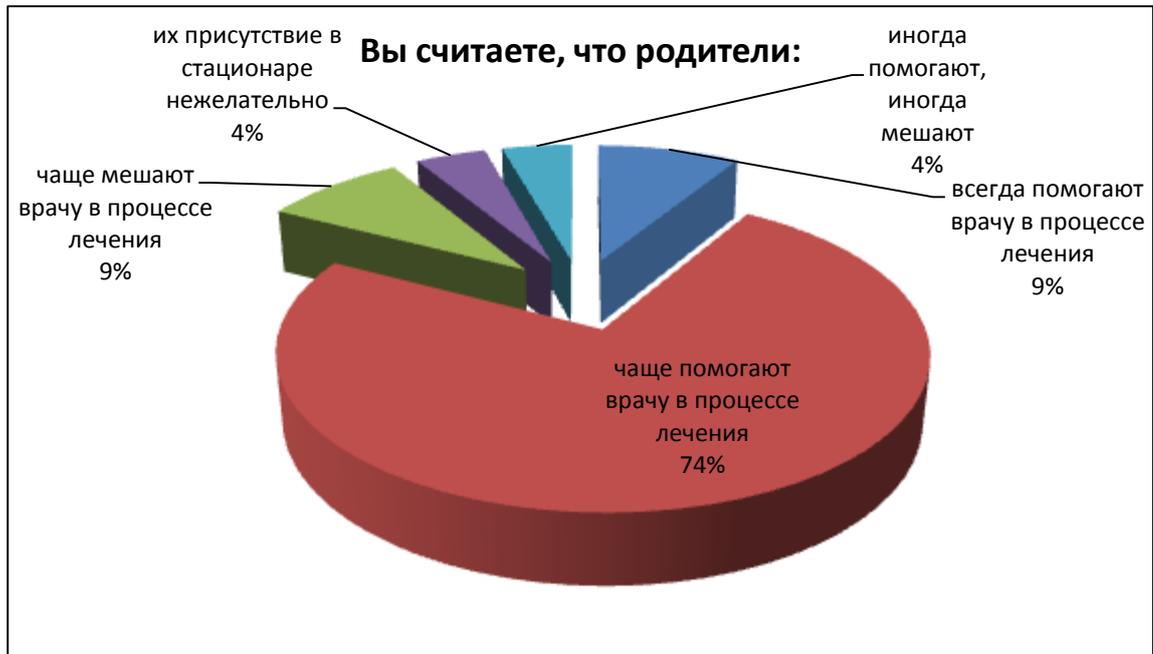


Рис. 2. Мнения врачей о роли родителей в лечебном процессе

Как можно было предположить, абсолютное большинство докторов (74%) считают, что родители не всегда, но чаще помогают врачам в процессе лечения их детей. При более подробном выяснении данного вопроса оказалось, что позитивное влияние родителей на детей-пациентов врачи видят в правильном уходе, в соблюдении назначений врача, а также моральной поддержке детей. Гораздо меньшая часть медработников согласилась с тем, что родители могут помешать врачу и тем самым навредить собственному ребенку при оказании стационарной медицинской помощи. Здесь доктора указывали особый психотип родителя, чаще мамы, заключающейся в чрезмерном попечительстве над своим ребенком, гиперопекой над ним, что может препятствовать рациональным и разумным требованиям и действиям медперсонала, ухудшая тем самым прогнозы лечения.

Интересно, что более молодые доктора посчитали присутствие родителей в стационаре нежелательным, а также высказали более уверенно сомнение в необходимости их участия в процессе лечения. Ответ «всегда помогают» дали наиболее опытные врачи. В интервью они пояснили, что нужно правильно

сориентировать родителей, использовать их возможности по уходу за ребенком. Это значит, что более опытные врачи считают себя ответственными не только за процесс лечения и состояние ребенка, но и за поведение родителей. Такая позиция является наиболее желательной, но, к сожалению, представлена лишь в 9% случаев.

Но понятие «родители ребенка-пациента» носит условный характер. Чаще всего, за ребенком ухаживает мама, но нередко и бабушка, отец, дедушка, сестра или брат, тетя или дядя. Мы выяснили распределение контактов врачей по критерию степени родства (табл.3, рис.3).

Таблица 3.

Лица, контактирующие с врачом

<i>Кто из родственников больного ребенка чаще контактирует с врачом?</i>		
№№	Ответы	%
1	Мама	78
2	Бабушка	4
3	В разных случаях это могут быть различные родственники	18

Доктора указали, что чаще всего вместе с ребенком госпитализируется по уходу мама. Это обстоятельство объясняется тем, что наибольшее количество больных, госпитализированных вместе с родителем, являются детьми дошкольного возраста, обычно 1 – 4 лет, повседневный уход за которыми осуществляет, как правило, мама.

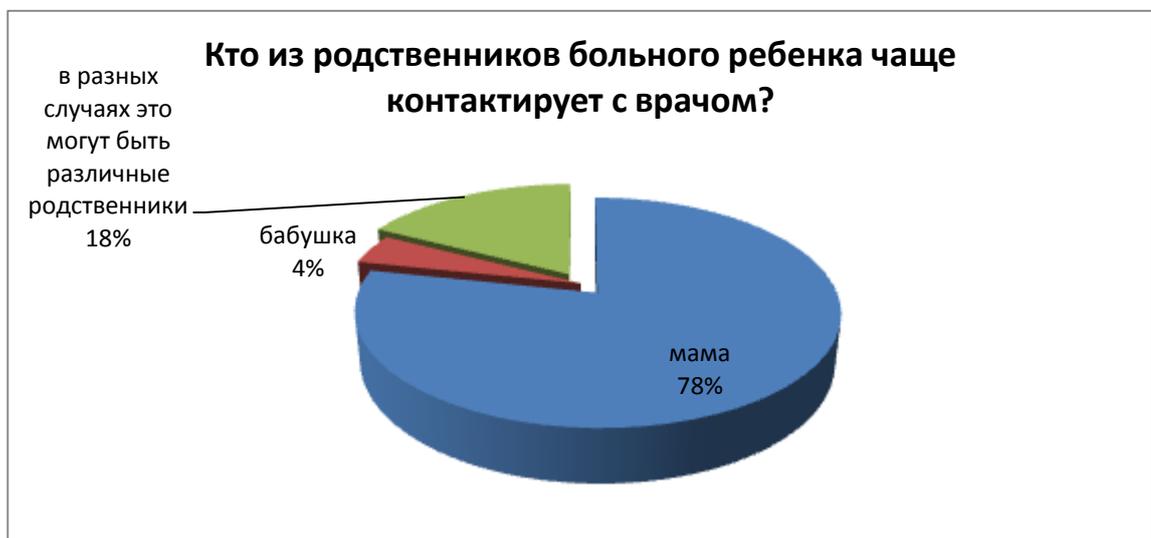


Рис.3. Распределение контактов врача с родственниками ребенка-пациента по степени родства

С другой стороны, достаточно часто в процессе своей деятельности доктора контактируют с различными родственниками одного ребенка. Это можно объяснить несколькими причинами: мамы вынуждены ухаживать дома за младшим ребенком, существуют проблемы рабочего характера, ребенок воспитывается отцом и прочее.

В интервью мнения врачей о том, с кем им легче контактировать, разделились. Примерно, половина интервьюируемых абсолютизирует роль матери в уходе за ребенком и считает контакты с ней психологически более успешными. Некоторые врачи с большим уважением говорят об эффективных контактах с бабушками ребенка-пациента. Те, кто отмечал полезность контактов с отцом, объясняли это тем, что мужчины более объективно оценивают ситуацию и принимают более последовательные решения. Поскольку формирование мнений о том, с кем из родственников легче контактировать врачу, происходит под влиянием многих индивидуальных факторов (характер самого врача, его психотип, отношение ребенка с родственниками, конкретная клиническая ситуация и т.п.), мы не анализировали эту позицию специально и упоминаем о существующих мнениях в качестве иллюстрации.

Несмотря на то, что врачи, в большинстве своем, считают необходимыми контакты с родственниками детей-пациентов, и общаются с ними достаточно часто, они признают, что при этом общении испытывают определенные трудности. Мы попытались систематизировать эти трудности, задав респондентам соответствующий вопрос (табл.4, рис.4).

Таблица 4.

Факторы, усложняющие взаимодействие доктора с родственниками

<i>Отметьте, пожалуйста, основные трудности в контактах с родственниками ребенка-пациента (можно отметить 1-3 пункта):</i>		
№№	Ответы	%
1	Отсутствие комплаентности у родственников ребенка	21,7
2	Эмоциональная загруженность родственников ребенка	47,8

3	Эмоциональная загруженность медицинского персонала	17,4
4	Неуважение к врачу и другим медработникам	60,9
5	Некомпетентность родственников в вопросах ухода за ребенком	56,5
6	Финансовые трудности семьи при обеспечении правильного ухода за ребенком	13
7	Невнимание к проблемам ребенка	8,7
8	Затрудняюсь ответить	8,7

Наибольшие сложности у докторов возникли при идентификации негативных факторов, влияющих на взаимодействие родителей и медперсонала. Абсолютное большинство из них указало 2 основные причины: неуважение к врачу со стороны родственников ребенка (60,9%) и некомпетентность последних в вопросах ухода за ребенком-пациентом (56,6%). Чуть меньше респондентов указали эмоциональную загруженность родственников, госпитализированных вместе с ребенком. Неуважительное отношение к медицинской сфере со стороны нашего современного общества является особой проблемой и отдельным предметом изучения.

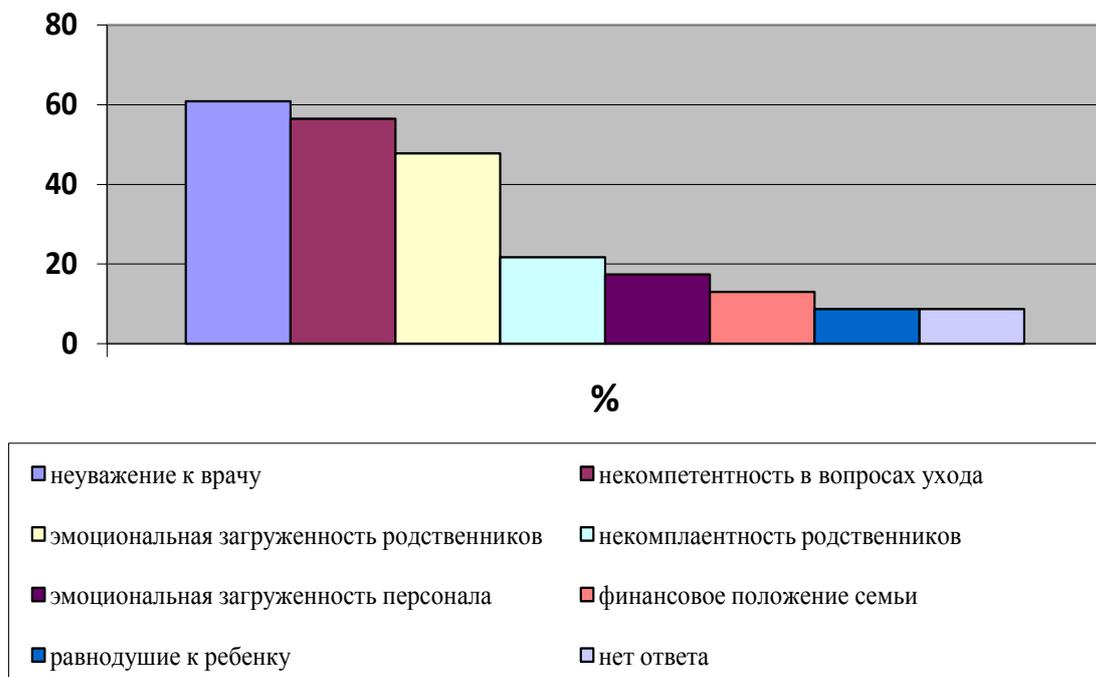


Рис.4. Мнения респондентов о причинах проблем в общении с родственниками ребенка-пациента

Проблема относительно недостаточных навыков у родственников по уходу за больным ребенком не может быть решена в условиях инфекционного стационара. Здесь следует рекомендовать педиатрической службе больше внимания уделять вопросам правильного ухода не только за здоровым ребенком, но и в условиях стационарного лечения. Что касается эмоциональной загруженности госпитализированных по уходу родственников, то в данном случае целесообразно привлечение медицинских/социальных психологов для обеспечения максимально комфортной психологической среды для родственников больного ребенка в течение всей госпитализации. Привлечение психолога могло бы помочь в проблеме отсутствия комплаентности у родственников, а также косвенно снизить эмоциональную загруженность медицинского персонала.

Низкая культура потребления медицинских услуг в нашей стране – проблема, о которой не любят говорить. Мы можем отметить всего одну работу в области социологии медицины, которая посвящена данной проблеме²⁶. Чаще всего говорят о низком качестве предоставления медицинских услуг. Между тем, как отмечают Д.Михальченко, И.Фирсова и Н.Седова, «... медицинская услуга уникальна тем, что потребитель не только пассивно присутствует при оказании ему медицинской помощи, но и сам активно участвует, влияет на этот процесс»²⁷. Поскольку ребенок – это пациент, который не может самостоятельно принимать решения по вопросам лечения, за него это делают полномочные представители, чаще всего – родители. Следовательно, именно к ним следует предъявлять определенные требования по культуре потребления медицинских услуг. К сожалению, этому у нас нигде не учат, поэтому врачи-педиатры выполняют, зачастую, и просветительские функции. Это серьезно осложняет ситуацию в

²⁶ Бармина Т. В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе. Дис. ... канд. соц. наук. - Волгоград: ВолГМУ, 2009. – 140 с.

²⁷ Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги: монография. – Волгоград: ВолГМУ, 2011. – 140 с.

сфере педиатрической помощи. Не удивительно, что достаточно большое количество ответов подчеркивает в качестве негативного фактора общения с родственниками эмоциональную загруженность самого медицинского персонала.

Стоит отметить, что такой негативный фактор, как невнимание к проблемам ребенка отметили наименьшее количество респондентов, что может говорить о заинтересованности как со стороны врачей, так и со стороны родителей в скорейшем позитивном результате лечения ребенка.

Неподготовленность и некомпетентность родителей в ситуации болезни ребенка характеризует их поведение как рискованное, что не могут не отметить врачи. Мы задали соответствующий вопрос и получили ответы, распределение которые представлено в табл.5 и на рис.5.

Таблица 5.

Мнение врачей о родственниках как источнике риска при лечении ребенка

<i>Считаете ли Вы, что в случаях инфекционных заболеваний детей их родственники выступают факторами риска:</i>		
№№	Ответы	%
1	Всегда	9
2	Часто	39
3	Иногда	48
4	Никогда	0
5	Затрудняюсь ответить	4

Несмотря на то, что почти $\frac{3}{4}$ респондентов утверждали, что родители чаще помогают врачу в процессе лечения, почти все они (96%) указали, что родственники ребенка-пациента иногда могут выступать и как факторы риска в процессе лечения последнего, при этом чуть более $\frac{1}{3}$ докторов заявили, что это случается часто. Причины негативного воздействия родственников были обозначены в предыдущем вопросе. Отсюда возникает необходимость нивелирования возникающих факторов, негативно влияющих на интеракцию доктор-родитель. Здесь следует отметить, что ни один респондент не отрицал факт того, что родственники могут негативно влиять на процесс лечения.

Следовательно, врачи учитывают это обстоятельство и готовы к нему. В интервью они отмечали, что чаще всего родственники не соблюдают режим питания, ищут дополнительные лекарственные средства, не прописанные врачом, обращаются к знахаркам и целителям.



Рис.5. Мнения врачей о родственниках детей-пациентов как источниках риска

При этом молодые родители часто пытаются использовать информацию, полученную из Интернета – непроверенную и даже ложную. Бабушки порой прибегают к рецептам своих бабушек и т.п. Врачи утверждали, что в условиях стационара эти риски можно предотвратить, а вот когда ребенок выписан из больницы, следить за правильным поведением родителей и других родственников трудно, если вообще возможно. Некоторые опытные врачи в интервью рассказывали о семьях, в которых дети достаточно часто попадают в стационар из-за одних и тех же ошибок в уходе.

Несмотря на единодушное признание существующих рисков в поведении родителей, врачи признают их помощь в лечении не просто полезной, но и необходимой. Мы перечислили нозологии, чаще всего встречающиеся в клинике детских инфекций, и попросили отметить врачей те, при которых помощь родителей им необходима (табл.6, рис.6).

Таблица 6.

Нозологии, при которых помощь родителей необходима

<i>При каких нозологиях Вы считаете помощь родителей врачу необходимой:</i>		
№№	Ответы	%
1	Тяжелые кишечные инфекции	4
2	При любых	96

Практически все доктора отметили, что во всех случаях совместной госпитализации детей и родителей помощь последних является необходимой. Это согласуется с утверждением, что родители в большинстве случаев выступают позитивными агентами, способствующими скорейшему выздоровлению ребенка. Интересно, что врачи не стали выделять из нашего списка какие-то отдельные нозологии (кроме тяжелых кишечных инфекций – 4%). Такое единодушие позволило удовлетвориться полученным результатом и не задавать в интервью вопросов на эту тему. При этом, как было указано выше, при наличии негативных факторов, родственники могут выступать факторами риска.

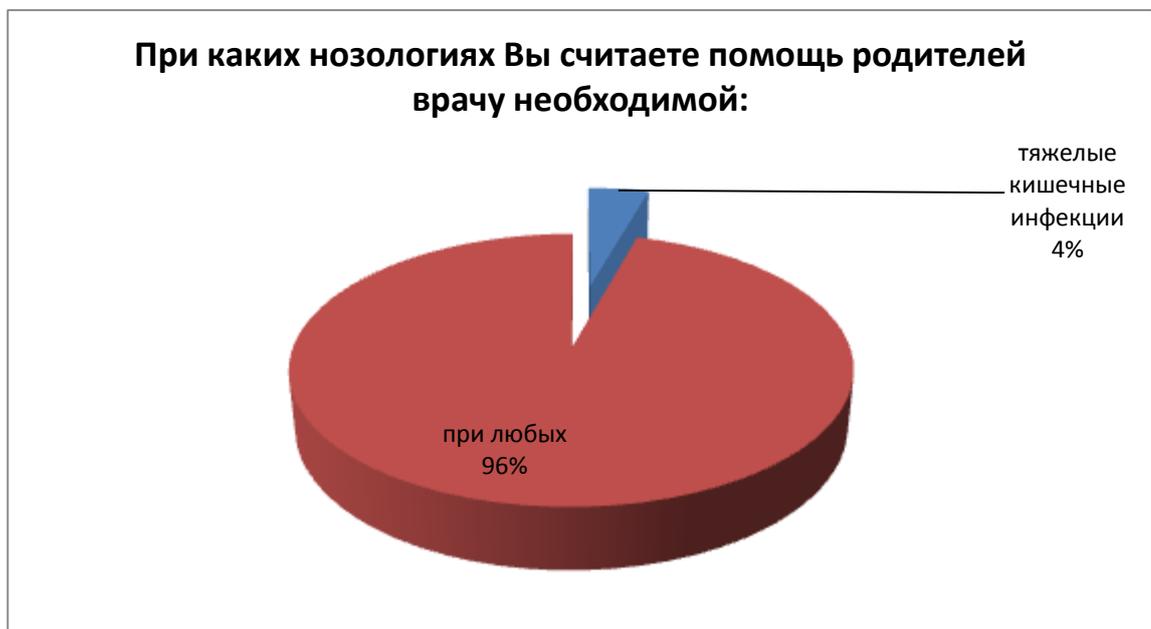


Рис. 6. Нозологии, при которых помощь родителей необходима

Естественно, нас интересовал вопрос о том, в чем именно заключается помощь родителей при лечении инфекционных заболеваний у детей (табл.7, рис.7)

Таблица 7.

Помощь родственникам больному ребенку

В чем, по Вашему мнению, должна заключаться помощь родственников больного ребенка?		
№№	Ответы	%
1	В уходе за ребенком	19
2	В соблюдении назначений врача	57
3	В обеспечении лекарствами	5
4	В осуществлении профилактики инфекционных заболеваний	9
5	В позитивной моральной поддержке	5
4	В отсутствии самолечения	5

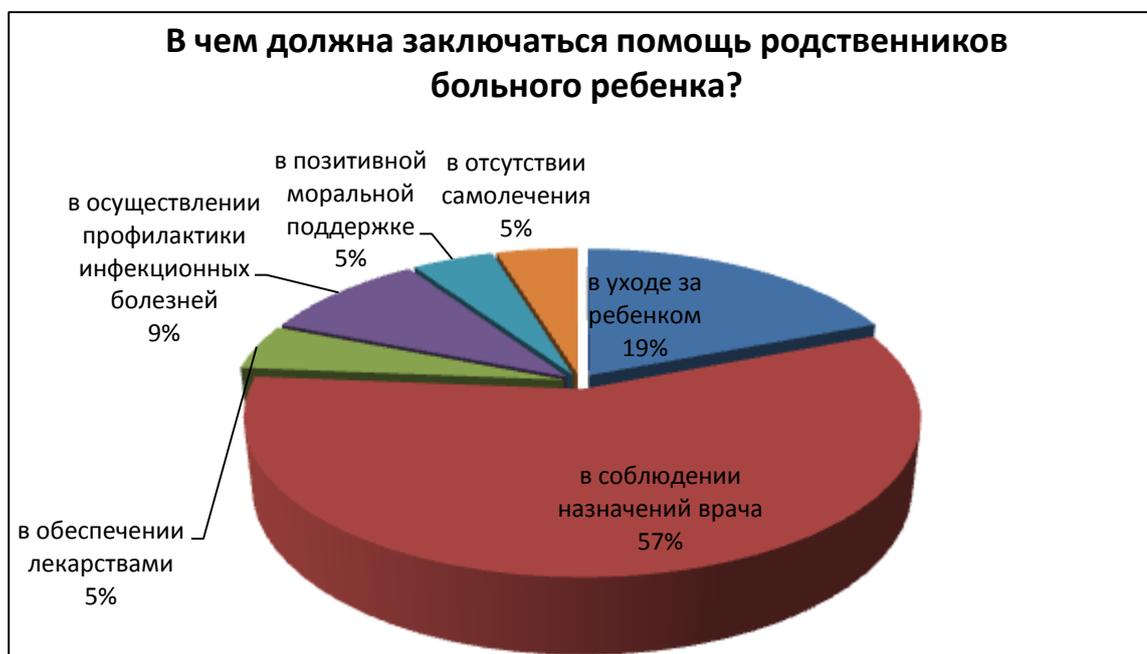


Рис. 7. Помощь родственникам больному ребенку

Большая часть респондентов указала, что наиболее эффективной помощью со стороны родственников является неукоснительное соблюдение врачебных назначений (57%). С одной стороны, может показаться, что врачи тяготеют к патерналистской модели поведения, однако, как было указано выше, патерналистское по форме поведение врача является по содержанию коллегиальным, поскольку направлено на достижение общего положительного результата – выздоровления больного ребенка. Меньшую группу составили доктора, считающие правильный уход за ребенком результативным родительским действием (19%). Остальные варианты ответов набрали небольшое количество

голосов по одной причине. Как выяснилось в ходе интервью, врачи, выбравшие ответ «В соблюдении назначений врача», понимали его достаточно широко, включая в него все остальные варианты.

ВЫВОДЫ

1. Контакты врачей с родственниками ребенка – пациента в инфекционном отделении являются *ежедневными* только в 52% случаев. В большинстве случаев инициировались такие контакты родителями пациентов, которые уточняли у лечащего врача те или иные моменты по уходу и процессу лечения.

2. Абсолютное большинство докторов (74%) считают, что родители не всегда, но чаще *помогают* врачам в процессе лечения их детей. Позитивное влияние родителей на детей-пациентов врачи видят в правильном уходе, в соблюдении назначений врача, а также моральной поддержке детей.

3. Примерно, половина интервьюируемых абсолютизирует роль матери в уходе за ребенком и считает контакты с ней психологически более успешными. Некоторые врачи с большим уважением говорят об эффективных контактах с бабушками ребенка-пациента. Те, кто отмечал полезность контактов с отцом, объясняли это тем, что мужчины более объективно оценивают ситуацию и принимают более последовательные решения.

4. Основные трудности в общении с родственниками ребенка-пациента врачи-инфекционисты видят в неуважении к врачу со стороны родственников ребенка (60,9%) и некомпетентности последних в вопросах ухода за ребенком-пациентом (56,6%). Чуть меньше респондентов указали эмоциональную загруженность родственников, госпитализированных вместе с ребенком. Очевидно, что проблема недостаточных навыков у родственников по уходу за больным ребенком не может быть решена в условиях инфекционного стационара.

5. Неподготовленность и некомпетентность родителей в ситуации болезни ребенка характеризует их поведение как рискованное, что не могут не отметить врачи. Несмотря на то, что почти $\frac{3}{4}$ респондентов утверждали, что родители чаще помогают врачу в процессе лечения, почти все они (96%) указали, что родственники ребенка-пациента чаще или реже, но могут выступать и как

факторы риска в процессе лечения последнего, при этом чуть более $\frac{1}{3}$ докторов заявили, что это случается часто.

б. Несмотря на единодушное признание существующих рисков в поведении родителей, врачи признают их помощь в лечении не просто полезной, но и необходимой. Большая часть респондентов указала, что наиболее эффективной помощью со стороны родственников является неукоснительное соблюдение врачебных назначений (57%), меньшую группу составили доктора, считающие правильный уход за ребенком результативным родительским действием (19%).

3.2. Родители – участники лечебного процесса в клинике детских инфекций

Позиция врачей, освещенная в предыдущем параграфе, еще не характеризует ситуацию в клинике детских инфекций с точки зрения взаимодействия всех социальных агентов – участников лечебного процесса. Второй стороной взаимодействия выступают родственники (чаще всего – родители) ребенка-пациента. Если их позиция сходна с представленной врачами, то мы можем говорить об эффективном взаимодействии и, следовательно, успешном лечении. Если же она отличается, то необходимо выяснить, как именно и какие коррективы следует внести в процесс взаимоотношений врачей и родителей для оптимизации лечебного процесса.

Мы провели опрос 147 родителей, бабушек и опекунов детей, находящихся на стационарном лечении по поводу инфекционных заболеваний. Анкетирование проводилось во всех отделениях детских инфекционных стационаров Волгоградской области, максимально охватывая присутствующие нозологии. Анкета включала 10 вопросов. Опрос проводился в каждом отделении в течение одного рабочего дня, дабы исключить повторное включение респондентов в опрос. Все родители охотно отвечали на вопросы анкеты и участвовали в интервью, которое проводилось после анкетирования, с целью прояснить некоторые позиции, отмеченные в анкетах.

Характеристика респондентов

Степень родства с ребенком:	Количество детей в семье:	Материальное положение:	Возраст	Работа					
Мама	88%	1	58%	Хорошее	55%	18-29 лет	44%	Да	61%
Папа	1%	2	37%	Удовлетв.	42%	30-39 лет	43%	Нет	34%
Бабушка	10%	3	3%	Плохое	3%	40-59 лет	8%	На пенсии	5%
Опекун	1%	> 3-х	3%			60 и более лет	5%		

Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали мамы, имеющие одного ребенка в семье, оценивающие свое материальное положение как хорошее, находящиеся в возрастной когорте 18-39 лет и имеющие постоянное место работы.

Прежде всего, необходимо было выяснить, как часто ребенок подвергается госпитализации в указанный стационар. Результаты ответов на этот вопрос представлены в табл.1, распределение показано на рис.1

Таблица 1.

Частота госпитализации ребенка

<i>Ваш ребенок находится в инфекционном стационаре:</i>		
№№	Ответы	%
1	Первый раз	66
2	Второй раз	18
3	Третий раз	10
4	Более трех раз	7

Как и ожидалось, абсолютное большинство детей-пациентов (66%) были госпитализированы впервые. Это можно объяснить тем, что детская инфекционная патология носит urgentный характер и редко имеет хронические формы заболеваний, т.е. не требует повторных госпитализаций.



Рис.1. Частота госпитализации ребенка в инфекционный стационар

Интересными оказались ответы о частоте контактов родителей больного ребенка с лечащим врачом. Более $\frac{3}{4}$ респондентов указали, что беседы происходят ежедневно, и только каждый пятый указал, что контактирует с доктором по мере необходимости. По всей видимости, определенная часть родителей, обращаясь к доктору по незначительным второстепенным вопросам, интерпретировали подобный диалог как полноценное общение. На самом деле, значительно более скромная часть, а именно около 20% взаимодействия родитель-врач являлась действительно полезной и плодотворной, что приближается к данным ответов врачей на этот же вопрос: треть докторов ответили, что контактируют с пациентами по мере необходимости, индивидуально в каждом случае (табл.2, рис.2).

Таблица 2.

Частота контактов родителей ребенка с врачом

<i>Как часто Вы беседуете с лечащим врачом о состоянии своего ребенка и проводимом лечении?</i>		
№№	Ответы	%
1	Ежедневно	77
2	Когда возникает необходимость	20
3	Редко	3

Как выяснилось в ходе интервью, сами родители каждую беседу с врачом рассматривают как значимую для выздоровления ребенка, даже из кратких диалогов они стараются извлечь полезную для себя информацию. Видимо, врачам следует помнить, что обязательные, брошенные «на ходу» фразы в ответ на вопросы родителей, расцениваются ими как важные. Следует поэтому избегать непродуманных и малоинформативных ответов.



Рис.2. Частота контактов родителей ребенка с врачом

Логичными оказались ответы на вопрос о значимости беседы с врачом относительно здоровья ребенка: 84% респондентов указали, что подобный диалог необходим, еще 11% считают его полезным. Только 4% указали на малоинформативность таких бесед. Отрадно, что никто не отметил бесполезность диалога с врачом (табл.3, рис.3).

Таблица 3.

Значимость беседы с врачом

<i>Считаете ли Вы беседы с врачом:</i>		
№№	Ответы	%
1	Необходимыми	84
2	Полезными	11
3	Малоинформативными	4
4	Затрудняюсь ответить	1

Следует отметить, что признание необходимости контактов с врачом не тождественно признанию их полезности. Вернее, полезность соответствует ожиданиям родителей, но эти ожидания не всегда оправдываются. Причем, виноваты могут быть не только и не столько врачи, сколько сами родители, если они неверно интерпретировали суть беседы, выдали желаемое за действительное и т.п.



Рис.3. Значимость беседы с врачом

Ответы об инициаторе контактов родителей и докторов согласуется с данными ответов самих докторов по данному вопросу. Примерно в половине случаев (53%) родственники отметили, что и они сами, и доктора являются инициаторами беседы; чуть меньше респондентов (42%) указывают, что они самостоятельно начинают разговор с доктором, и только 5% указали, что врачи вступают в диалог первыми (табл.4, рис.4).

Таблица 4.

Инициатор бесед с врачом

<i>Кто является инициатором бесед с врачом?</i>		
№№	Ответы	%
1	Врач	5
2	Я	42
3	И врач, и я	53

Эту особенность интеракции можно объяснить тем, что доктора в силу ограниченности времени первыми вступают в диалог с родителями детей, действительно заслуживающих особого внимания, в свою очередь родители пытаются начать диалог по всем существующим у них вопросам.



Рис.4. Инициатор бесед с врачом

Примечательными оказались ответы о тематике бесед родственников с докторами. Более всего респондентов затрагивают в своем разговоре с врачом состояние их больного ребенка и перспективы лечения (73%), гораздо реже обсуждаются необходимые лекарства (41%). К сожалению, в распоряжении клиники есть далеко не все современные лекарственные препараты, необходимые для скорейшего выздоровления ребенка, зачастую родственникам приходится приобретать их за свой счет. При этом недовольство этим фактом присутствует как со стороны родственников, так и со стороны медицинского персонала, поскольку вины медиков в отсутствии необходимых препаратов не прослеживается (табл.5, рис.5).

Таблица 5.

Тематика бесед родителя и врача

<i>О чем Вы чаще всего разговариваете с врачом? (можно отметить 1 – 3 варианта)</i>		
№№	Ответы	%
1	О состоянии ребенка и перспективах лечения	73
2	О необходимых лекарствах	41
3	О методах ухода за ребенком	14
4	О профилактике инфекционных болезней	16
5	О реабилитации после болезни	14
6	Обо всем перечисленном	38

Настораживает тот факт, что только 14% родственников считают важным разговор о методах ухода за их ребенком. Дело в том, что более половины опрошенных докторов считают, что некомпетентность в вопросах ухода за ребенком является важным фактором, усложняющим взаимодействие врача с родственниками. Таким образом, мы наблюдаем расхождение в интересах родственников и медицинских работников: родителей в основном интересует информация о состоянии их ребенка и перспективах лечения, нивелируя значимость правильного ухода за ребенком как один из компонентов скорейшего выздоровления. Доктора в этой ситуации видят в родственниках отрицательных агентов, понижающих интеракцию в системе врач-родитель, и как следствие, усложняющих лечебный процесс. Выходом из данной ситуации могло бы стать усиление просветительной деятельности педиатрических амбулаторных медицинских учреждений в вопросах правильного ухода не только за здоровым ребенком, но и за больным ребенком, находящимся на стационарном лечении.

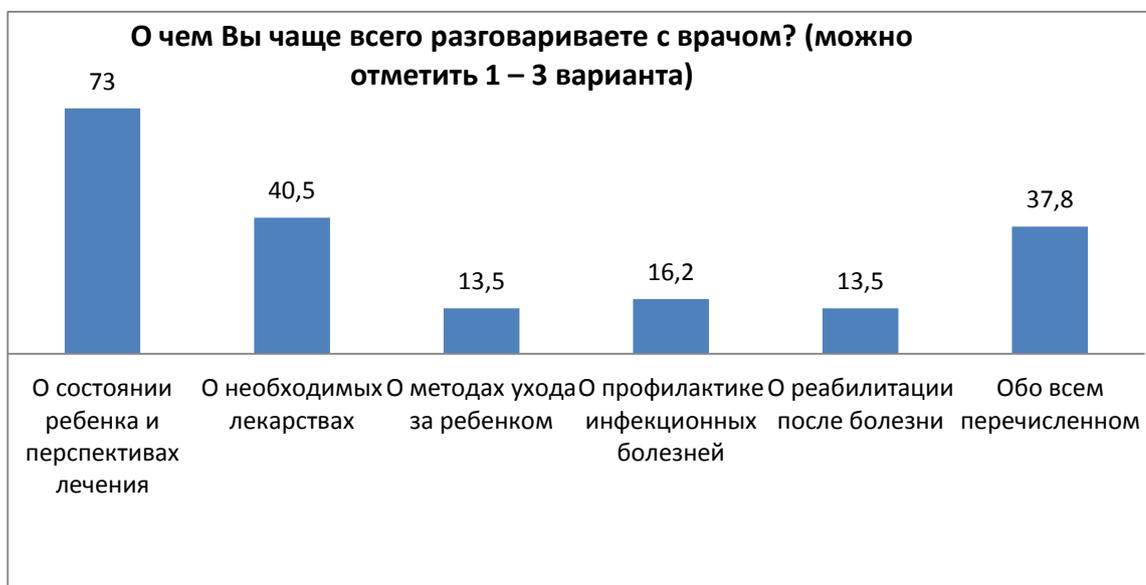


Рис.5. Тематика бесед родителя и врача

Что касается трудностей в беседах с врачом, почти половина (45%) опрошенных заявили, что не испытывают никаких сложностей. При этом почти 24% респондентов утверждают, что им не хватает обстоятельности в ответах

докторов. Данный факт также объясним высокой занятостью медицинского персонала, а также тем, что родители, чаще молодые мамы, обращаются к доктору по второстепенным незначимым вопросам, отнимая время беседы с родственником действительно больного ребенка. В то же время, недостаточной обстоятельностью ответов родители могут считать информацию врача, содержащую непонятные для них термины и профессиональные суждения (табл.6, рис.6).

Таблица 6.

Трудности, испытываемые родителями в беседах с врачом

<i>Чего Вам не хватает в беседах с врачом?</i>		
№№	Ответы	%
1	Внимания к тому, что я рассказываю	5
2	Обстоятельности в ответах на мои вопросы	24
3	Внимания к моему ребенку	7
4	Знания терминологии	1
4	Меня все устраивает	45
4	Затрудняюсь ответить	18

Хотя проблему незнания терминологии отметил всего 1% из числа опрошенных родителей, но очевидно, что объявлять о своей некомпетентности в вопросах лечения ребенка родители не станут.

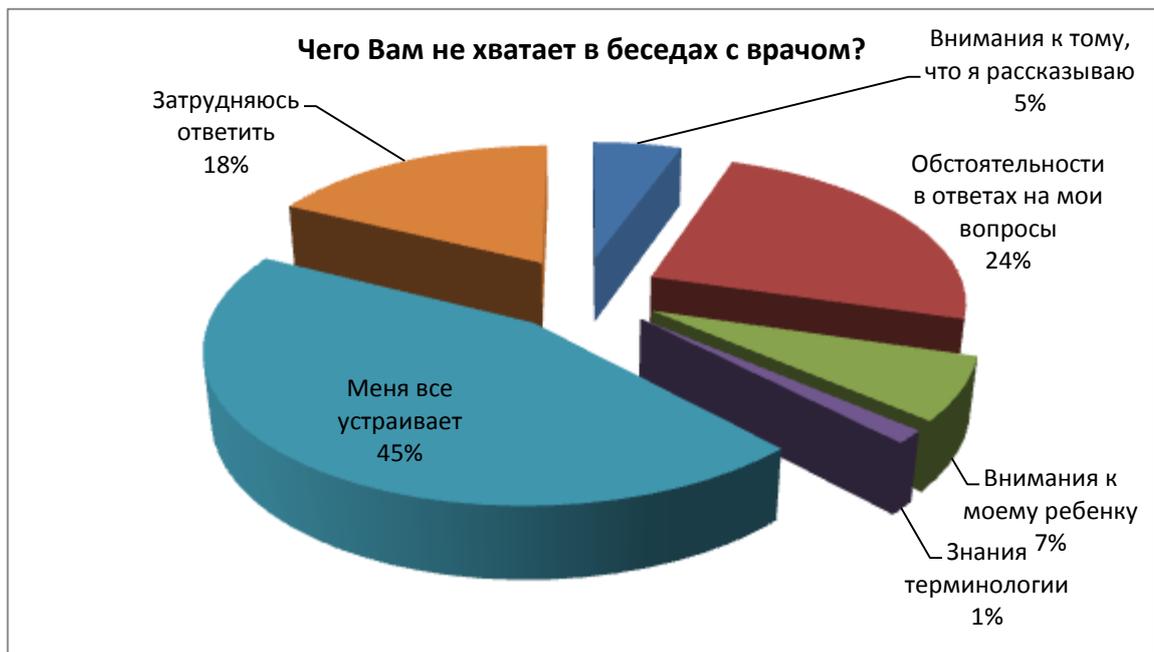


Рис.6. Беседы с врачом: ожидания родителей

Несмотря на то, что достаточно большая часть родителей предъявляют жалобы на организацию лечебного процесса, чаще всего касающиеся палатных условий, однотипного питания, т.е. вопросы недостаточного финансирования отрасли здравоохранения, более 9/10 опрошенных родственников считают, что советы врача помогают в уходе за ребенком. Только 1% респондентов не согласен с данной формулировкой (табл.7, рис.7).

Таблица 7.

Значимость советов врача для родителя ребенка

<i>Помогают ли Вам советы врача в уходе за ребенком?</i>		
№№	Ответы	%
1	Да	42
2	Чаще помогают	51
3	Не помогают	1
4	Затрудняюсь ответить	5

Вместе с тем полную уверенность в полезности советов врача выражает все же меньше половины респондентов (42%), что входит в противоречие с мнением врачей, которое мы приводили в предыдущем параграфе, – с требованием обязательного следования советом врача как главного условия эффективности лечения. Кроме того, в 51% случаев родители не уверены, что советы врача помогут всегда, поэтому нет гарантии, что они будут им следовать. Здесь содержится латентный риск некомплаентности родителей, который может актуализироваться в любой момент.



Рис.7. Значимость советов врача для родителя ребенка

В то же время, несмотря на некоторую неуверенность в перманентной правоте врача, родители в целом готовы к выполнению его советов, т.е. косвенно подтверждают установку на комплаентное поведение: почти половина родителей (49%) всегда выполняют советы врача, еще столько же (50%) чаще всего выполняют и только 1% их не выполняет. Здесь также есть недопонимание между родителями и врачами-инфекционистами, которые в 20% случаев, как показано в предыдущем параграфе, считают некомплаентность родственников фактором, усложняющим взаимодействие родителя и врача. По всей видимости, доктора упоминают тех родственников, которые время от времени отказываются выполнять советы врачей, пытаются заниматься самолечением, используют методики нетрадиционной и народной медицины, утяжеляя состояние ребенка и тем самым нивелируя все старания лечащего врача (табл.8, рис.8).

Таблица 8.

Готовность родителей к выполнению советов врача

<i>Всегда ли Вы выполняете советы врача?</i>		
№№	Ответы	%
1	Да, всегда	49
2	Чаше всего, выполняю	50
3	Не выполняю	1

Разумеется, субъективная оценка родителями правильности своих действий по выполнению советов врача может и не быть истинной. Чтобы выяснить, насколько правильно понимают родители эти советы, на что рассчитывает врач, давая их, и что получает в результате, необходимо провести исследование по специальной методике, которое не связано непосредственно с темой нашей работы, поскольку должно носить общеклинический характер, а не касаться только инфекционных заболеваний. Мы анализировали полученные данные только по одному критерию – наличию/отсутствию установки родственников ребенка-пациента в клинике инфекционных болезней на комплаентное поведение. Эту установку мы обнаружили в абсолютном большинстве случаев.



Рис.8. Готовность родителей к выполнению советов врача

Весьма важным, если не основным является вопрос об удовлетворенности родителя лечащим врачом своего ребенка. Так, ни один из опрошенных не пожелал сменить лечащего врача своего ребенка, 4% считают, что смена врача ни к чему не приведет, 81% респондентов удовлетворен своим доктором (табл.9, рис.9).

Таблица 9.

Желание родителя сменить лечащего врача

<i>Хотели бы Вы сменить лечащего врача своего ребенка?</i>		
№№	Ответы	%
1	Нет, не хочу	81

2	Мне все равно	4
3	Затрудняюсь ответить	15

Разумеется, можно подвергнуть сомнению достоверность такого распределения ответов респондентов, исходя из того, что они при ответах опасались вызвать недовольство врачей, хотя анкетирование было анонимным, соблюдался принцип конфиденциальности. Но мы склонны считать эти ответы соответствующими действительности, поскольку, согласно документам лечебных учреждений, на момент опроса ни один из родственников маленьких пациентов не заявил о желании сменить врача официально.



Рис.9. Желание родителя сменить лечащего врача

Абсолютное большинство из опрошенных родственников в целом хорошо оценивают организацию лечебного процесса, еще 22% оценивают старания медицинского персонала на «отлично». К сожалению, 19%, т.е. одна пятая всех респондентов, поставили врачам «тройку», что согласуется с данными других современных социологических опросов на подобную тематику (табл.10, рис.10).

Таблица 10.

Оценка процесса лечения со стороны родителя

<i>Как Вы в целом оцениваете процесс лечения своего ребенка?</i>		
№№	Ответы	%
1	Отлично	22
2	Хорошо	51
3	Удовлетворительно	19

4	Затрудняюсь ответить	8
---	----------------------	---

Как мы показали выше, оценки родителей могут быть достаточно субъективными. Неудовлетворенность может быть вызвана непониманием врача, некомплаентностью, эмоциональной загруженностью. Объективные данные (анализ экспертиз КЭК по жалобам родственников) показал, что за год, предшествующий опросу, их было всего 0,73%, что сильно отличается от 19% недовольных в опросе.



Рис.10. Оценка процесса лечения со стороны родителя

Радует тот факт, что ни один из опрошенных не отметил плохую оценку лечебного процесса.

ВЫВОДЫ

1. Типичным родственником, который ухаживает за ребенком-пациентом в клинической практике детских инфекционных болезней и контактирует с лечащим врачом, является *мама (88%), имеющая одного ребенка в семье (58%), оценивающая свое материальное положение как хорошее (55%), находящаяся в возрастной когорте 18-39 лет (43,5%), имеющая постоянное*

место работы (61%). Она впервые госпитализирована с ребенком в детский инфекционный стационар (66%)²⁸.

2. Ежедневно встречаются и общаются с лечащим врачом своего ребенка^{3/4} респондентов, 20% контактируют с доктором по мере необходимости. Около 84% родителей считают свои взаимодействия с врачом необходимыми, 11% – полезными, 4% указали на малоинформативность таких бесед. Никто не отметил бесполезность диалога с врачом.

3. Примерно в половине случаев (53%) родственники назвали себя и доктора совместными инициаторами встреч и бесед, 42% респондентов указывают, что они самостоятельно начинают разговор с доктором, и только 5% указали, что врачи вступают в диалог первыми.

4. Чаще всего респонденты говорят с врачом о состоянии их больного ребенка и перспективах лечения (73%), реже обсуждается вопрос о необходимых лекарствах (41%). Только 14% родственников считают важным разговор о методах ухода за их ребенком. 45% опрошенных не испытывают трудностей в общении с врачом, почти 24% респондентов утверждают, что им не хватает обстоятельности в ответах докторов.

5. Несмотря на некоторую неуверенность в том, что врач всегда прав, родители готовы к выполнению его советов, т.е. косвенно подтверждают установку на комплаентное поведение: почти половина родителей (49%) всегда выполняют советы врача, еще столько же (50%) чаще всего выполняют и только 1% их не выполняет.

6. Ни один из опрошенных не пожелал сменить лечащего врача своего ребенка, 4% считают, что смена врача ни к чему не приведет, 81% удовлетворен своим доктором. Абсолютное большинство из опрошенных родственников в целом хорошо оценивают организацию лечебного процесса, еще 22% оценивают старания медицинского персонала на «отлично», 19%, т.е. менее одной пятой всех

²⁸ Это можно объяснить тем, что детская инфекционная патология носит urgentный характер и редко имеет хронические формы заболеваний, т.е. не требует повторных госпитализаций.

респондентов, поставили врачам оценку «удовлетворительно», что согласуется с данными других современных социологических опросов на подобную тематику.

3.3. Клинические случаи негативной интеракции в системе «врач - родители ребенка» и их социологическая интерпретация

Первичную социологическую информацию возможно получить с помощью такого метода, как кейс-стади. Как известно, метод кейсов (англ. Case method, кейс-метод, кейс-стади, case-study, метод конкретных ситуаций, метод ситуационного анализа) — это техника изучения объектов или процессов, использующая описание реальных экономических, социальных, медицинских и других ситуаций. В подобных исследованиях после анализа ситуации и определения сути проблемы предлагаются возможные решения, и определяется лучшее из них. Кейсы базируются на фактическом материале или же приближены к реальной ситуации. В социологии медицины данный метод весьма эффективен, так как позволяет дать социологическую оценку клинической ситуации.

В нашем исследовании изучены истории болезней детей, находившиеся на стационарном лечении в инфекционных отделениях детских больниц Волгограда и области. Рассматривалась первичная медицинская документация тех детей, чьи родители подавали письменные жалобы на медицинский персонал медучреждения в 2012-2014 гг. Целью изучения данных случаев явился аналитический обзор межличностного взаимодействия медицинского персонала и родителей больных детей для его оптимизации и недопущения отрицательного воздействия негативной интеракции на лечебный процесс ребенка.

Случай 1. Ребенок А., 2010 г.р., 08.08.2013 в сопровождении отца доставлен в приемный покой БОЛЬНИЦЫ каретой скорой медицинской помощи с направительным диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция. Острая правосторонняя пневмония?

На момент поступления папа ребенка отмечал у него повышение температуры тела, нечастый кашель. Из анамнеза заболевания: заболел остро около 4-х дней назад, когда появились вышеуказанные симптомы. В ночь на 08.08.2013 отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр (максимум

до 38,7 градуса С), учащение кашля. На дом был вызван участковый педиатр, который направил ребенка на госпитализацию в БОЛЬНИЦУ.

Из анамнеза жизни: ребенок рожден от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины. Роды в срок, масса 3450 г, длина тела 52 см, находился на грудном вскармливании до 2-х лет. Психомоторное и физическое развития соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных заболеваний родителем отмечены острые респираторные заболевания, ветряная оспа. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический, прививочный и наследственный анамнезы не отягощены, лекарственной непереносимости не было.

Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отец отрицает, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с общего стола, пьет сырую воду. С 15.07.2013 по 22.07.2013 находился на отдыхе в Анапе. В квартире семьи проживает попугай.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное интоксикационным (субфебрильная-фебрильная лихорадка, слабость, отсутствие аппетита) и катаральным (яркая гиперемия в области небных дужек, малопродуктивный кашель, слизистое отделяемое из носа) синдромами.

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Из периферических лимфоузлов увеличены поднижнечелюстные до 2-й степени, безболезненные. Язык влажный, чистый. Явлений дыхательной недостаточности нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Острое респираторное заболевание. Острый бронхит.

Ребенок вместе с отцом госпитализирован в респираторное отделение №4, проведено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области. Была назначена антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно), амброгексал (раствор 1 мл 3 раза в сутки), противовирусные свечи кипферон (1 свеча 2 раза в сутки).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоцитов $14,5 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 66%, палочкоядерных 5%)
- общий анализ мочи – без особенностей
- кал на яйца гельминтов – отрицательно
- соскоб с перианальной области – отрицательно.

На фоне проводимой терапии в состоянии ребенка наметилась позитивная динамика: стал более активным, лихорадка купировалась.

Родитель попросил лечащего врача о продолжении терапии в амбулаторных условиях. Его просьба была удовлетворена, даны рекомендации по амбулаторному долечиванию ребенка.

Однако на следующие сутки у ребенка вновь возникла лихорадка до фебрильных цифр, появились боли в животе, многократная рвота. Ребенок был вновь доставлен в приемный покой БОЛЬНИЦЫ, откуда переведен в профильное кишечное отделение №3. Предварительный диагноз был дополнен: Острый гастроэнтерит инфекционной этиологии. Острое респираторное заболевание. Острый бронхит.

Дополнительно проведены следующие анализы: повторно общий анализ крови, посев кала на дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, посев кала на условно-патогенную флору, копрограмма, биохимия крови.

В терапию добавлены: смекта (1 пакетик 2 раза в сутки), панкреатин (½ таблетки 3 раза в сутки), линекс (1 капсула 3 раза в сутки). Цефотаксим был

заменен на цефтриаксон в дозировке 50 мг/кг/сутки внутримышечно. Однократно проводилась дезинтоксикационная терапия внутривенным введением глюкозо-солевых растворов в объеме 350 мл.

В анализах:

- гемограмма – позитивная динамика в виде уменьшения воспалительных изменений (лейкоцитов $7,1 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 36%, палочкоядерных 1%)
- копрограмма – без значимых изменений
- биохимия: повышение АСТ (86 U/l) и креатинина (138,7 $\mu\text{mol/l}$).

Учитывая отклонения в биохимии крови, назначено УЗИ органов брюшной полости. Заключение: неоднородная структура паренхимы печени. Умеренное увеличение правой и левой долей печени, селезенки. Рекомендовано обследование на вирус Эпштейн-Барра.

Во время проведения бактериологического исследования кала на кишечную группу и условно-патогенную флору, а также вирусологического исследования крови и мазка из ротоглотки на вирус Эпштейн-Барра состояние ребенка оставалось среднетяжелым без значимой динамики. Больной был дополнительно осмотрен ЛОР-врачом, выставлен диагноз: Двусторонний острый средний катаральный отит, назначены мирамистин спрей в зев, капли 3%-го раствора фурациллинового спирта в оба уха.

В это время отец ребенка потребовал уточнить диагноз, идентифицировав возможного возбудителя заболевания. На это ему было объяснено, что подобное исследование выполняется в течение 3-5 суток. Данный ответ родителя не удовлетворил, что явилось причиной письменной жалобы.

Результаты полученных анализов:

- посев кала на дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз – отрицательно
- посев кала на УПФ – *Klebsiella Pneumonia* 10^6 КОЕ/г
- ПЦР на вирус Эпштейн-Барра (кровь) – положительно
- ПЦР на вирус Эпштейн-Барра (мазок из ротоглотки) – положительно.

Учитывая результаты анализов, был выставлен окончательный клинический диагноз: Острый гастроэнтерит инфекционной этиологии, вызванный *Klebsiella Pneumonia* 10⁶ КОЕ/г от 13.08.2013, среднетяжелое течение. Острое респираторное заболевание. Острый бронхит, среднетяжелое течение. Двусторонний острый средний катаральный отит, среднетяжелое течение. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барра от 16.08.2013, среднетяжелое течение.

Указанная выше коррекция терапии положительным образом сказалась на течении инфекционного процесса, ребенок был выписан с выздоровлением 19.08.2013.

Комментарий. Анализируя данный случай, можно констатировать, что ребенок изначально поступал в стационар с клинической картиной респираторной инфекции, находясь в продромальном периоде кишечного инфекционного заболевания, которое реализовалось в дальнейшем дома. Длительные сроки идентификации возбудителя инфекционного процесса вынуждают врача назначать эмпирическую стартовую терапию, которая оказывается не всегда высокоэффективной. В данном случае основания для недоверия врачу у отца были, поскольку ребенок, выписанный на амбулаторное долечивание, на следующий же день оказался опять в стационаре. Клинически ведение больного было правильным, но отцу ребенка не объяснили всех деталей принятия решений в данном случае, не описали подробно процесс лечения и необходимость достаточно длительного периода для проведения всех анализов и назначения соответствующей терапии. Кроме того, врач не должен был удовлетворять просьбу отца о выписке ребенка, поскольку налицо была только положительная динамика, а не положительный результат. Чаще всего в таких случаях делаются ссылки на занятость врача, что не может быть оправданием. Занятость врача – это процесс лечения ребенка, в который входит привлечение родителей как активных участников лечебного процесса.

Случай 2. Ребенок Б. 11.06.2010 г.р. впервые поступил в респираторное инфекционное отделение №2 БОЛЬНИЦЫ 22.11.2011 в срочном порядке с

направительным диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция. Правосторонняя бронхопневмония? Дыхательная недостаточность 1-2 степени. Судорожный синдром.

Из анамнеза жизни: ребенок рожден от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, путем оперативного родоразрешения в срок 37-38 недель. Родился с массой тела 3700 г, с 3-х месяцев находился на учете у детского невролога, с 5,5 месяцев страдал симптоматической эпилепсией. Выраженная задержка физического и психомоторного развития. Из перенесенных заболеваний папа отметил частые острые респираторные заболевания, корь, пневмонию, ветряную оспу. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены, лекарственной непереносимости не было. Привит по индивидуальной схеме вакцинации.

После проведенного лечения выписан с улучшением 30.11.2011 с заключительным клиническим диагнозом: Острый бронхит, обструктивный синдром, дыхательная недостаточность 1-2 степени, среднетяжелое течение. Сопутствующий диагноз: Детский церебральный паралич, симптоматическая эпилепсия. Контакт по кори от 26.11.2011.

Повторное поступление 06.12.2011 по направлению педиатра детской поликлиники №1 с диагнозом: Острая правосторонняя пневмония? Контакт по кори от 26.11.2011. Госпитализирован в боксированное отделение №5. Ребенок поступал в стационар в продромальном периоде кори, первые симптомы которой появились на 4-й день пребывания в клинике. Данное заболевание у ребенка протекало в тяжелой форме ввиду наличия тяжелого сопутствующего неврологического заболевания, осложнилось развитием пневмонии, подтверждено рентгенологически (22.12.2011).

В связи с отрицательной динамикой за счет нарастания интоксикации, дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики 27.12.2011 ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где находился до 02.01.2012. Затем с улучшением состояния вновь переведен в боксированное отделение №5.

В связи с особенностями неврологического статуса ребенок неоднократно консультирован сотрудниками кафедры детской неврологии Волгоградского государственного медицинского университета, эпилептологом, неврологом, ЛОР-врачом, офтальмологом.

За время лечения в боксированном отделении №5 ребенок имел контакт по ветряной оспе, которой переболел в период с 07.02.2012 по 14.02.2012. Выписан 15.02.2012 с клиническо-рентгенологическим разрешением пневмонии.

Последующая госпитализация ребенка в респираторное инфекционное отделение №4 состоялась 06.04.2012 после поездки в г. Москву на консультацию по поводу неврологической патологии. На стационарное лечение больной направлен педиатром детской поликлиники №1 с диагнозом: Острый обструктивный бронхит. Дыхательная недостаточность 0. Острая пневмония справа?

В процессе терапии выполнена рентгенография органов грудной клетки, 09.04.2012 подтвержден острый бронхит. Выписан 18.04.2012 с улучшением и заключительным клиническим диагнозом: Острая респираторная инфекция, острый бронхит, среднетяжелое течение. Сопутствующий диагноз прежний.

Последняя, четвертая, госпитализация ребенка проведена 03.12.2012, когда он был доставлен каретой скорой медицинской помощи с направительным диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция, бронхит. Папа отмечал у ребенка повышение температуры тела, нечастый влажный кашель. Ребенок вместе с отцом госпитализирован в респираторное отделение №2.

Из анамнеза заболевания: заболел остро 02.12.2012, когда появилась субфебрильная лихорадка. Принимал жаропонижающие средства – без эффекта, повышение температуры до 39 градусов С, появился продуктивный кашель, насморк.

Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отец отрицает, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с индивидуального стола, пьет кипяченую воду. За последние 6 месяцев не покидал постоянного места проживания. Контакт с животными отрицает.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное интоксикационным (фебрильная лихорадка, слабость, отсутствие аппетита) и катаральным (яркая гиперемия в области небных дужек, продуктивный кашель, слизистое отделяемое из носа) синдромами.

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Явлений дыхательной недостаточности нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, немногочисленные хрипы проводного характера. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут, не урчит. Перитонеальных знаков нет. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка пальпаторно не увеличена. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет, спастическая нижняя диплегия.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования предварительно была диагностирована острая респираторная инфекция, детский церебральный паралич, симптоматическая эпилепсия.

Назначено обследование: общий анализ крови, биохимия крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области. Рентгенография органов грудной клетки.

Была проведена антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно), вводились противовирусные свечи (виферон per rectum 1 свеча 2 раза в сутки), антисептики в зев (мирамистин спрей 3 раза в сутки), ингаляционная терапия (пульмикорт 0,25 мг и беродуал 0,5 мл 2 раза в сутки), противоэпилептические препараты (депакин, кепра, суксилеп).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоцитов $13,8 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 65%, палочкоядерных 9%)

- общий анализ мочи – без особенностей
- кал на яйца гельминтов – отрицательно
- соскоб с перианальной области – отрицательно
- биохимия: повышение АЛТ (54,84 U/l) и АСТ (93,95 U/l)
- С-реактивный белок 15 мг/л (при норме до 10 мг/л)
- рентгенография органов грудной клетки – острая прикорневая пневмония справа.

Несмотря на проводимую терапию, ребенок продолжал лихорадить, состояние оставалось среднетяжелым без видимой динамики. Проводилась диверсификация антибактериальной терапии: цефотаксим заменялся сначала на цефтриаксон (50 мг/кг/сутки) + амикацин (10 мг/кг/сутки), далее на цефепим (50 мг/кг/сутки). Применялась дезинтоксикационная терапия внутривенным введением 10% растворов глюкозы (200 мл) и реополиглюкина (100 мл). Значимой положительной динамики в состоянии ребенка достичь не удалось, в связи с чем отец ребенка написал жалобу в Министерство здравоохранения РФ.

Ребенок двукратно был осмотрен главным врачом БОЛЬНИЦЫ и заведующим кафедрой детских инфекционных болезней. Было решено дополнительно обследовать его в объеме: повторно общий анализ и биохимия крови, бактериологический посев мочи на стерильность, моча по Нечипоренко, исследование крови и мазка из ротоглотки на вирус Эпштейн-Барра и ЦМВ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Также проведена коррекция терапии: цефепим был заменен на цефтидин (50 мг/кг/сутки), добавлен иммуномодулятор (циклоферон по схеме).

В анализах после коррекции терапии – позитивная динамика. В общем анализе крови воспалительные изменения купированы (лейкоциты упали до $6,1 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 39%, палочкоядерных 1%), биохимические показатели в пределах нормы, бак. посев мочи на стерильность, а также моча по Нечипоренко – без патологии, ПЦР (кровь) на ЦМВ – отрицательно, ПЦР (мазок из ротоглотки) на ВЭБ – отрицательно, ПЦР (кровь) на ВЭБ – положительно. УЗИ органов брюшной полости – без патологии, ЭКГ – явления кардиопатии. В

контрольном рентгенографическом исследовании очаговых теней выявлено не было.

Ребенок выписан 03.01.2013 с улучшением с заключительным клиническим диагнозом: Прикорневая правосторонняя пневмония (рентгенологическое подтверждение от 04.12.2012), среднетяжелое течение. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барра от 20.12.2012, среднетяжелое течение. Сопутствующий диагноз: Детский церебральный паралич, симптоматическая эпилепсия.

Комментарий. Анализируя данную ситуацию, можно констатировать, что 3 госпитализации из 4-х рассмотренных заканчивались суперинфицированием ребенка: в первом случае вирусом кори, во втором – вирусом ветряной оспы, и в последнем – вирусом Эпштейн-Барра. Причиной этому послужили 2 независимых обстоятельства. Первое – ребенок имел комплексную неврологическую патологию (детский церебральный паралич, симптоматическая эпилепсия), утяжеляющую инфекционные процессы (верно обратное).

Второе – несовершенство организационной структуры оказания помощи инфекционным больным детского возраста. Три госпитализации из четырех производились в респираторные отделения, где ребенок контактировал с другими заведомо контагиозными больными. Учитывая низкий иммунный статус, частые госпитализации и тяжелую сопутствующую патологию данного ребенка целесообразно размещать в отдельном боксе с целью минимизации контактов с другими детьми. Однако не все детские инфекционные стационары располагают достаточным количеством боксированных палат. Так, например, БОЛЬНИЦА располагает только 11-ю боксами в отделении №5, где лечатся высоко контагиозные, либо наиболее опасные в эпидемиологическом плане инфекции (ветряная оспа, менингиты, энцефалиты, скарлатина, коклюш, корь и другие), при потребности в не менее чем 35-40 боксах.

Таким образом, отсутствие свободных мест в боксированном отделении вынуждает врачей госпитализировать детей в другие респираторные отделения, что зачастую является причиной недовольства родителей, их конфликтов с

медицинским персоналом и отрицательного воздействия создавшейся конфликтной ситуации на здоровье больного ребенка. Возможным решением данной проблемы можно считать обеспечение детских инфекционных стационаров достаточным количеством компактных боксированных палат для максимального разобщения детей внутри одного отделения.

Случай 3. Ребенок Г., 2010 г.р., в сопровождении отца поступил 06.12.2012 в респираторное инфекционное отделение №6 БОЛЬНИЦЫ с направительным диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция. Ларинготрахеит.

При поступлении отмечались повышение температуры тела, осиплость голоса, «лающий» кашель. Из анамнеза заболевания: ребенок заболел остро в ночь на 06.12.2012 с появления фебрильной лихорадки, далее присоединение осиплости голоса, кашля лающего характера. Самостоятельно не лечились.

Из анамнеза жизни: ребенок рожден от первой беременности. Роды в срок при массе 3400 г и длине тела 51 см. Психомоторное и физическое развития ребенка соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных заболеваний папа отмечал нечастые острые респираторные заболевания. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический, прививочный и наследственный анамнезы не отягощены, лекарственной непереносимости не было.

Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными папа отрицает, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с общего стола, пьет кипяченую воду. За пределы города/области последние 6 месяцев не выезжал. Контакт с животными отрицает.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное интоксикационным (фебрильная лихорадка, слабость, отсутствие аппетита) и катаральным (яркая гиперемия в области небных дужек, слизистое отделяемое из носа) синдромами, а также невыраженными явлениями стеноза гортани (осиплость голоса, «лающий» кашель, инспираторная одышка при беспокойстве).

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен.

Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Тоны сердца ясные ритмичные. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, немногочисленные сухие рассеянные хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут, не урчит. Перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Острый ларинготрахеит.

Проведены исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области.

Назначена антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно), муколитик (флуифорт сироп 2,5 мл 2 раза в сутки), противовирусные препараты (арбидол 50 мг 1 таблетка 4 раза в сутки), десенсибилизирующая терапия (супрастин $\frac{1}{4}$ таблетки 2 раза в сутки), ингаляционная терапия (минеральная вода с нафтизином 0,05% 1:10 2 раза в сутки).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – без особенностей
- общий анализ мочи – без особенностей
- кал на яйца гельминтов – отрицательно
- соскоб с перианальной области – отрицательно.

На фоне проводимой терапии в состоянии ребенка наметилась позитивная динамика: стал более активным, лихорадка купирована, голос со звонкими нотами, кашель более продуктивный, явлений дыхательной недостаточности нет.

Папа ребенка предъявил жалобы на некомфортное пребывание ребенка в стационаре, а именно: необходимость переезда из одной палаты в другую, скученность больных, неподходящие санитарно-гигиенические условия и т.п.

Лечащий врач пояснил, что возможности перевода в отдельную палату в рассматриваемый период времени не было. После чего папа ребенка настоял на продолжении терапии в амбулаторных условиях, угрожая в противном случае жалобой на сайт Президента РФ. Просьба родителя была удовлетворена, ребенок с улучшением был выписан с заключительным клиническим диагнозом: Острый ларинготрахеит, среднетяжелое течение. Предложены рекомендации по амбулаторному долечиванию ребенка. Однако, несмотря на это жалоба была оформлена родителем в письменном виде и отправлена на сайт Президента РФ.

Комментарий. Анализируя обстоятельства данной конфликтной ситуации, можно утверждать, что причины недовольства отца ребенка не всегда могут зависеть от медицинского персонала клиники. Дело в том, что госпитализация ребенка осуществлялась в период высокой заболеваемости острыми респираторными инфекциями среди детского населения. По состоянию на 06.12.2012 инфекционное отделение, куда госпитализированы пациент с родителем, было переполнено почти вдвое.

Ситуация с переуплотнением респираторных отделений в детских инфекционных больницах по всей стране наблюдается ежегодно в периоды эпидемического подъема инфекционной заболеваемости среди детского населения. Описываемое в исследовании медучреждение введено в эксплуатацию в 1957 году с коечным фондом в 235 коек при населении области на тот момент менее 1 млн. человек. К настоящему времени коечная мощность больницы осталась прежней при более чем двукратном росте населения региона. Естественно, в такой ситуации потребность в госпитализации детей со всей области в полной мере удовлетворить не представляется возможным, особенно в периоды эпидемического подъема заболеваемости. Без позитивных корректив вероятное число недовольных родителей будет со временем только нарастать. Предполагая наличие прямой связи между отрицательной интеракцией врача и родителя ребенка и негативным исходом его лечения, необходимо искать пути решения сложившейся проблемы.

Самым эффективным и вместе с тем затратным способом решения проблемы является строительство новой, более современной и удовлетворяющей современным санитарно-гигиеническим требованиям клиники, рассчитанной как минимум на 500 коек. Сейчас же врачи вынуждены госпитализировать детей зачастую без госпитализации родителей по уходу, лишая совместного пребывания ребенка с родителем, что осложняет заботу о детях, прибавляет дополнительные стрессовые факторы для больного ребенка, способствует развитию госпитализма и в итоге снижает эффективность лечебного процесса. Если все же ребенок госпитализируется вместе с родителем, последний нередко старается, как можно раньше выписаться из стационара, что также может привести к негативным последствиям для ребенка: хронизация неизлеченного инфекционного процесса, повторные госпитализации и т.д.

В сложившейся ситуации медицинские работники пытаются проводить разъяснительные беседы с родителями с тем, чтобы последние с пониманием отнестись к временным неудобствам. Однако чаще в диалоге участвует средний медперсонал, врачи ввиду высокой лечебной нагрузки ограничены в участии в подобных беседах. В то же время родители ребенка в большей степени заинтересованы в диалоге именно с врачом.

Учитывая высокую напряженность врачебного труда и наличие ситуаций, требующих квалифицированного разъяснения для родителей больных детей, целесообразно ввести в штат крупных стационаров или привлекать на иных условиях медицинского/социального психолога для проведения грамотно построенного диалога с негативно настроенными родителями. Подобная практика может перевести коммуникацию врача и родителя больного ребенка на качественно более высокий уровень, способствуя позитивному влиянию на лечебный процесс.

Случай 4. С 09.02.2013 по 11.02.2013 в респираторном инфекционном отделении №6 на стационарном лечении находились трое детей из одной семьи: П. Степан 22.05.2008 г.р., П. Вероника 12.06.2010 г.р. и П. Валентина 09.12.2011 г.р.; вместе с детьми по уходу госпитализирована мама.

Дети направлены на госпитализацию детской поликлиникой №2 со схожими направительными диагнозами: Степан – обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 1 степени. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение. Вероника – обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 1 степени. Валентина – обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 1 степени.

Степан при поступлении жаловался на затрудненное дыхание.

Из анамнеза заболевания: болен первые сутки. Заболел остро, когда появился приступообразный влажный кашель, затрудненное дыхание. Дома ингалировался сальбутамолом – без эффекта. Осмотрен педиатром детской поликлиники по месту жительства, направлен в БОЛЬНИЦУ на стационарное лечение.

Из анамнеза жизни: ребенок состоит на диспансерном учете у детского аллерголога. Рожден с массой тела 3750 г. Психомоторное и физическое развития ребенка соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных заболеваний мама отмечала острые респираторные заболевания, обструктивные бронхиты, бронхиальную астму. Оперативных вмешательств не было. Прививочный и наследственный анамнезы не отягощены, лекарственной непереносимости не было.

Из эпиданамнеза: в семье все дети на тот момент болели острыми респираторными заболеваниями, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с общего стола. За последние 6 месяцев границ Волгоградской области не пересекал. Контакт с животными мама отрицает.

При поступлении состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное бронхообструктивным синдромом (влажный кашель, затрудненное дыхание, явления дыхательной недостаточности по обструктивному типу при беспокойстве).

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы

не увеличены. Язык влажный, чистый. Явлений дыхательной недостаточности в покое нет. Кашель малопродуктивный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Аускультативно дыхание в легких жесткое, рассеянные немногочисленные хрипы над всеми легочными полями. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования предварительно была диагностирована острая респираторная инфекция, обострение бронхиальной астмы.

Проведено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области.

Назначена противовирусная терапия (анаферон 1 таблетка 4 раза в сутки), муколитик (амброгексал раствор 2 мл 2 раза в сутки), ингаляционная терапия (беродуал 0,5 мл 2 раза в сутки, пульмикорт 0,25 мг 2 раза в сутки).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде лимфоцитарного лейкоцитоза (лейкоцитов $12,7 \times 10^9/\text{л}$, из них сегментоядерных 30%, палочкоядерных 1%, лимфоцитов 58%). Явления гипохромной анемии средней степени тяжести (гемоглобин 73 г/л, анизоцитоз, анизохромия, гипохромия)

- кал на яйца гельминтов – отрицательно

- соскоб с перианальной области – отрицательно.

Остальные анализы на тот момент находились в работе.

Вероника поступила с жалобами со стороны матери на влажный кашель, затрудненное дыхание.

Из анамнеза заболевания: заболела остро в ночь на 09.02.2013, когда появились кашель, насморк. Амбулаторно не лечилась, осмотрена педиатром детской поликлиники, направлена в БОЛЬНИЦУ на стационарное лечение.

Из анамнеза жизни: рождена на 39-40 неделе беременности с массой тела 4050 г и длиной тела 50 см. Находилась на грудном вскармливании до 8 месяцев. Психомоторное и физическое развития ребенка соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных заболеваний мама отмечала нечастые острые респираторные заболевания. Оперативных вмешательств не было. Из аллергологического анамнеза отмечает пищевую поливалентную аллергию, прививочный и наследственный анамнезы не отягощены, из лекарственной непереносимости отмечает аскорбиновую кислоту, после приема которой появляется сыпь на коже.

Из эпиданамнеза: в семье все дети на рассматриваемый момент болели острыми респираторными заболеваниями, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с общего стола, пьет некипяченую воду. За последние 6 месяцев границ Волгоградской области не пересекала. Контакт с животными мама отрицает.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное бронхообструктивным синдромом (влажный кашель, затрудненное дыхание, явления дыхательной недостаточности по обструктивному типу при беспокойстве).

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Явлений дыхательной недостаточности в покое нет. Кашель малопродуктивный. Тоны сердца ясные ритмичные. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, хрипы влажные разнокалиберные немногочисленные над всеми легочными полями. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Обструктивный бронхит.

Назначено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области.

Проведена противовирусная терапия (генферон свечи по 125 тыс. ЕД 1 свеча 2 раза в сутки per rectum), муколитик (амброгексал раствор 1 мл 2 раза в сутки), ингаляционная терапия (беродуал 0,5 мл 2 раза в сутки), антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоцитов $12,9 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 50%, палочкоядерных 2%)
- кал на яйца гельминтов – отрицательно
- соскоб с перианальной области – отрицательно.

Остальные анализы на тот момент находились в работе.

Валентина поступала с жалобами со стороны мамы на повышение температуры тела, влажный кашель.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 08.02.2013, когда резко повысилась температура тела до высоких цифр (максимум до 39,8 градусов С), появились влажный кашель, затрудненное дыхание. 09.02.2013 продолжила фебрильно лихорадить. Амбулаторно не лечилась. Осмотрена участковым педиатром детской поликлиники, направлена в БОЛЬНИЦУ на стационарное лечение.

Из анамнеза жизни: рождена на 39-40 неделе беременности путем операции Кесарева сечения с массой тела 3620 г, длиной тела 55 см. Находилась на искусственном вскармливании. Психомоторное и физическое развития ребенка соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных заболеваний мама отмечала частые острые респираторные заболевания. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический, прививочный и наследственный анамнезы неотягощены, из лекарственной непереносимости не было.

Из эпиданамнеза: в семье все дети на рассматриваемый момент болели острыми респираторными заболеваниями, дисфункции кишечника в начале данного заболевания не было, питается с общего стола. За последние 6 месяцев границ Волгоградской области не пересекала. Контакт с животными мама отрицает.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное интоксикационным (фебрильная лихорадка, слабость, бледность кожных покровов, отсутствие аппетита) и бронхообструктивным (влажный кашель, затрудненное дыхание, явления дыхательной недостаточности по обструктивному типу при беспокойстве) синдромами.

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Явлений дыхательной недостаточности в покое нет, однако при беспокойстве появляется одышка преимущественно экспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Кашель малопродуктивный. Тоны сердца ясные ритмичные. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, хрипы сухие свистящие и влажные преимущественно мелко- и среднекалиберные над всеми легочными полями. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 1 степени.

Проведено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области, кал на сальмонеллез.

Был назначен муколитик (амброгексал раствор 1 мл 2 раза в сутки), ингаляционная терапия (беродуал 0,5 мл 2 раза в сутки), антибактериальная терапия (цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно), глюкокортикостероиды (преднизолон 20 мг внутримышечно однократно), литическая смесь (50% анальгин 0,1 мл + 2% папаверин 0,2 мл внутримышечно при лихорадке выше 38,5 градусов С однократно).

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоцитов $15,6 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 50%, палочкоядерных 3%).

Явления гипохромной анемии средней степени тяжести (гемоглобин 74 г/л, микроцитоз, гипохромия)

- кал на яйца гельминтов – отрицательно

- соскоб с перианальной области – отрицательно.

Остальные анализы на тот момент времени в работе.

Конфликт мамы с медицинским персоналом отделения №6 возник в первые сутки госпитализации из-за требования мамы предоставить ей возможность курения на улице в любое время суток. Суть своей жалобы мама отразила в письменном виде, после чего отправила документ на сайт губернатора Волгоградской области.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Волгоградской области от 17.04.2012 №808 «Об ограничении курения табака в учреждениях здравоохранения Волгоградской области» в отделениях стационара запрещено курить, о чем мама детей при поступлении была проинформирована.

Сотрудники указанного отделения пояснили, что мама с медицинским персоналом вела себя грубо, нецензурно выражалась, угрожала. Кроме того, она грубо нарушала требования по поддержанию палаты в чистоте. От врачебных назначений постоянно отказывалась, медицинским сестрам ежедневно приходилось убеждать ее в их необходимости.

Медицинский персонал пытался объяснить маме вред табакокурения для нее и отрицательное воздействие его на детей, у которых инфекционное

заболевание протекало с бронхообструктивным синдромом, что говорит о наличии аллергического компонента, усугубляющегося в случае курения.

Несмотря на все убеждения, 11.02.2013 мама вместе со всеми детьми самостоятельно покинула клинику.

Рассматривая данную ситуацию, обращает на себя внимание факт, что непонимание, либо нежелание родителей больных детей соблюдать установленные требования приводят к конфликтным ситуациям, негативно влияющим на исходы лечения детей. В данном случае мама, покинув отделение вместе с больными детьми, подвергла их здоровью опасности, поскольку у всех троих пациентов имелись воспалительные изменения в общем анализе крови – что говорит об активности инфекционного процесса, а также признаки анемии, что указывает на тяжесть заболевания.

Возможным решением подобных конфликтных ситуаций могло быть привлечение медицинского/социального психолога для проведения разъяснительных бесед. Темы разговоров могли бы варьировать в широких пределах: о необходимости соблюдения установленных в стационаре правил, о вреде табакокурения, о корректном поведении с медицинским персоналом, о необходимости неукоснительного соблюдения назначений врача и т.п. Особая актуальность таких мероприятий очевидна в случае низкого социального статуса родителей больного ребенка. В этом случае и родители, и дети не обладают достаточными санитарно-гигиеническими навыками, что может способствовать как непосредственному развитию инфекционных болезней, так и неэффективной коммуникации с медицинским персоналом, заканчивающейся отрицательными исходами в лечении детей.

В более масштабном смысле необходима правовая коррекция взаимоотношений родителей и детей, в частности определение в законодательном порядке мер воздействия на родителей, отрицательные действия и поведение которых, в том числе и вредные привычки, могут нанести вред здоровью их детей.

Конкретный случай говорит о том, что при оформлении Информированного согласия родителей при госпитализации детей с инфекционными заболеваниями,

необходимо оговаривать *обязанности* родителей и/или родственников для обеспечения планового лечебного процесса. До сих пор у нас приняты формы ИС, в которых содержатся только обязательства врача перед пациентом. Это – общая проблема нашего здравоохранения, в клинике детских инфекций она имеет особое значение.

Случай 5. Ребенок Т., 30.05.2004 г.р., поступил в больницу 22.01.2014 в срочном порядке с направительным диагнозом: Острый гастроэнтероколит. При поступлении жаловался на повышение температуры тела, рвоту, жидкий стул.

Из анамнеза заболевания: заболел остро 19.01.2014, когда повысилась температура до фебрильных цифр. 20.01.2014 появилась многократная рвота. 21.01.2014 осмотрен педиатром детской поликлиники, назначена амбулаторная терапия, которая не приносила облегчения. 22.01.2014 помимо вышеизложенных симптомов появилась диарея до 10 раз в сутки. Каретой скорой медицинской помощи доставлен и затем госпитализирован в кишечное инфекционное отделение №1 БОЛЬНИЦЫ.

Из анамнеза жизни: ребенок рожден от первой беременности. Психомоторное и физическое развитие ребенка соответствовали возрастным нормам. Из перенесенных болезней мама отметила острые респираторные заболевания, ветрянку, оспу. Оперативных вмешательств не было. Аллергологический, прививочный и наследственный анамнезы не отягощены. Отец болеет вирусным гепатитом С. Из лекарственной непереносимости отмечена аллергия на флемоксин, при приеме которого появляется сыпь на коже.

Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отрицает, питается с общего стола, пьет кипяченую воду. За пределы города/области последние 6 месяцев не выезжал. Контакт с животными отрицает.

На момент поступления состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, обусловленное интоксикационным (субфебрильная-фебрильная лихорадка, слабость, отсутствие аппетита) и гастроинтестинальным (многократная рвота, диарея) синдромами.

При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Тургор тканей сохранен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Тоны сердца ясные ритмичные. Аускультативно дыхание над легкими жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, болезненный в подвздошных областях, не вздут, урчит. Перитонеальных знаков не выявлено. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стула в приемном покое не было. Диурез адекватный водной нагрузке. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

На основании острого начала заболевания, характера жалоб, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: Острый гастроэнтероколит инфекционной этиологии.

Назначено обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов, соскоб с перианальной области, посев кала на дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, копрограмма.

Предпринята антибактериальная терапия (амикацин 10 мг/кг/сутки внутримышечно), инфузионно-детоксикационная терапия (глюкозо-солевые растворы: 10% глюкоза 400 мл + дисоль 200 мл), энтеросорбенты (смекта 3 пакетика 3 раза в сутки), ферменты (панкреатин 25 тыс. ЕД 1 таблетка 3 раза в сутки), пробиотик (нормобакт 1 таблетка 2 раза в сутки), литическая смесь (50% анальгин 1 мл + 2% папаверин 2 мл внутримышечно) при лихорадке выше 38,5 градусов С.

Результаты анализов:

- общий анализ крови – воспалительные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (лейкоцитов $16,2 \times 10^9$ /л, из них сегментоядерных 81%, палочкоядерных 15%, СОЭ 22 мм/ч).

- общий анализ мочи – явления дисметаболической нефропатии (микропротеинурия 0,77 г/л, кетоновые тела +, соли мочевой кислоты)

- кал на яйца гельминтов – отрицательно

- соскоб с перианальной области – отрицательно.

На 24.01.2014 назначены дополнительные исследования: УЗИ органов брюшной полости и почек, биохимия крови, моча по Нечипоренко.

24.01.2014 состояние с некоторой отрицательной динамикой: в объективном статусе состояние с тенденцией к тяжелому за счет усиления интоксикационного синдрома (высокая лихорадка, гиподинамия, отсутствие аппетита). Периодически беспокоит болезненность в области правого подреберья, околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Продолжена терапия в прежнем объеме.

Результаты анализов:

- моча по Нечипоренко – без патологии

- копрограмма – признаки воспалительного процесса в слизистой оболочке кишечника (слизь, лейкоциты)

- биохимия – незначительное повышение АсАТ до 1,5 норм.

Заключение УЗИ органов брюшной полости и почек: умеренная гепатоспленомегалия. Неоднородность структуры паренхимы печени.

25.01.2014 г. зафиксировано присоединение катарального синдрома в виде яркой гиперемии слизистой оболочки ротоглотки и появления непродуктивного кашля. Осмотрен ЛОР-врачом, установлен сопутствующий диагноз: Острое респираторное заболевание. Острый бронхит. Аденоидные вегетации 2 степени. Острый синусит? В терапию добавлены муколитик (амброгексал раствор 2 мл 2 раза в сутки) и противовирусное средство (арбидол 100 мг 1 таблетка 4 раза в сутки).

26.01.2014 возобновление рвоты, за сутки 2 раза.

27.01.2014 состояние ребенка с негативной динамикой за счет нарастания интоксикационного (стойко высоко лихорадит, вялый, отказывается от приема пищи и воды) и гастроинтестинального (многократная рвота) синдромов. Жалуется на боли в животе. При осмотре симптомы раздражения брюшины не выявлены. Произведена смена антибиотика: амикацин заменен на цефотаксим 100 мг/кг/сутки внутримышечно, плановая дезинтоксикационная инфузионная терапия.

Дополнительно обследован: повторно общий анализ крови, РПГА с сальмонеллезным и дизентерийным диагностикумами, кровь на гемокультуру и стерильность.

Результаты исследований:

- общий анализ крови – значительное усиление воспалительных изменений в виде сдвига лейкоцитарной формулы влево (лейкоцитов $14,5 \times 10^9/\text{л}$, из них сегментоядерных 10%, палочкоядерных 84%; токсическая зернистость ++++; СОЭ 29 мм/ч). Анемия 1 степени (гемоглобин 106 г/л).
- РПГА с сальмонеллезным и дизентерийным диагностикумами – отрицательно;
- кровь на гемокультуру и стерильность – микрофлоры не обнаружено;
- бак. посев кала на кишечную группу – рост E.coli O143.

Ребенок осмотрен консилиумом врачей, состояние расценено как тяжелое, не исключался острый аппендицит. На консультацию вызван детский хирург областного территориального центра медицины катастроф. После осмотра хирурга рекомендован срочный перевод в хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи №7 с диагнозом: Острый аппендицит. Перитонит, тяжелое течение. Конкурирующий диагноз: Эшерихиоз, вызванный энтероинвазивной E.coli O143, гастроинтестинальный вариант, токсикоз 2 степени, тяжелое течение. Сопутствующий: Острое респираторное заболевание. Острый бронхит, среднетяжелое течение. Аденоидные вегетации 2 степени. Острый синусит? Анемия 1 степени. Дисметаболическая нефропатия, среднетяжелое течение.

Мама ребенка, узнав о хирургическом диагнозе, написала жалобу в адрес Министерства здравоохранения Волгоградской области с просьбой разобраться в сложившейся ситуации.

Комментарий. В данном случае у ребенка Т. заболевание началось с клинической картины острого гастроэнтероколита: сочетание интоксикационного и гастроинтестинального синдромов. Инфекционный генез патологии в дальнейшем бактериологически подтвержден: эшерихиоз, вызванный энтероинвазивной E.coli O143. Проводимые антибактериальная и

дезинтоксикационная терапия маскировали дебют острого аппендицита, и проведение дифференциальной диагностики его осложнения – перитонита – оказалось непростой задачей.

Этот кейс чрезвычайно затруднителен с точки зрения анализа и оценочных суждений, как со стороны мамы ребенка, так и со стороны медицинского персонала. Наличие одновременно присутствующих острых инфекционного и хирургического заболеваний крайне затруднили дифференциальную диагностику и верификацию окончательного диагноза. Непосредственной вины врачей в позднем выявлении хирургического заболевания усмотреть невозможно, тем более что в их действиях были соблюдены все требования стандартов оказания стационарной медицинской помощи. При этом видится необходимость организации работы детских инфекционных стационаров в тесном сотрудничестве с персоналом соматических многопрофильных клиник для оперативного привлечения квалифицированных смежных консультантов. С точки зрения межличностных коммуникаций желательное проведение компетентного диалога врача и родителя больного ребенка с целью разъяснения сложившейся неоднозначной ситуации, получения рекомендаций для родителей по дальнейшему ведению их ребенка в условиях хирургического стационара.

Можно утверждать, что в данном конкретном случае изменение поведения врачей в отношении мамы ребенка (более детальная информация, предложение дополнительных консультаций и услуг и т.п.) было бы малопродуктивным, поскольку жалоба была направлена по факту поздней диагностики хирургического заболевания, а этот факт имел место. Здесь нельзя упрекнуть врачей, но нельзя упрекнуть и маму ребенка. Видимо, бывают ситуации, когда предотвратить конфликтную ситуацию невозможно. В этих случаях важно, чтобы она никак не сказалась на здоровье ребенка.

ВЫВОДЫ.

Применение метода кейс-стади к анализу клинических случаев, породивших конфликты родителей детей-пациентов и врачей-инфекционистов,

позволяет заключить, что существуют несколько вариантов причин таких конфликтов и, следовательно, способов их профилактики:

1. Неинформированность или недостаточная информированность родителей ребенка о его состоянии и плане лечения. Подобные случаи наиболее распространенные. Здесь прослеживается вина врачей, ситуация может быть легко разрешена путем более подробного и своевременного информирования родителей.

2. При наличии полной информации существует вариант нежелания родителями ее понимать и/или принимать. Здесь конфликта избежать не удастся, хотя привлечение медицинского психолога к работе с родственниками детей-пациентов может смягчить ситуацию.

3. Организационные недостатки отечественного здравоохранения, которые мешают врачу удовлетворить справедливые требования родителей. Мы показали в анализе кейсов, какие из них наиболее актуальны и как именно можно их ликвидировать.

4. Некомплаентность и безответственность самих родителей в уходе за ребенком. В каждом случае здесь могут быть применены индивидуальные меры воздействия, но инвариантом разрешения ситуации может быть формулировка Информированного согласия, содержащая обязательства родителей по выполнению указаний врача.

5. Конфликт становится неизбежен, если врачи не обладают клиническими возможностями излечения пациента. Мы не разбирали подобные случаи, поскольку ситуации неизлечимых болезней - предмет специального исследования.

3.4. Особенности взаимоотношений медицинского персонала и родителей ребенка-пациента в детском инфекционном стационаре

(по материалам фокус-группы)

С целью выяснения мнения экспертов о взаимоотношениях медицинского персонала детского инфекционного стационара и родителей детей-пациентов была проведена фокус-группа (09.10.2014). Фокус-группа проводилась на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского Научного Центра. Монитор прошел подготовку по социологии медицины в Арканзасском медицинском Университете (США). Раздаточный материал – данные анкетирования врачей и госпитализированных по уходу за ребенком родственников, интернет-материалы, данные о нозологическом статусе пациентов детского инфекционного стационара ГБУЗ ВОДКИБ г. Волгограда. Материал был отобран на базе одной клинической больницы для того, чтобы сделать сравнительные процедуры очевидными для участников. Состав группы:

1. **М.** – модератор, руководитель Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ВМНЦ.
2. **П.** – доктор медицинских наук, профессор.
3. **Н.** – врач-инфекционист детской клинической больницы.
4. **С.** – медицинская сестра инфекционного отделения детской клинической больницы.
5. **Е.** – мама ребенка, находившегося на стационарном лечении в детской инфекционной больнице.
6. **Л.** – бабушка ребенка, находившегося на стационарном лечении в детской инфекционной больнице.
7. **О.** – врач-педиатр, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.

8. **К.** – врач-инфекционист, аспирант медицинского университета, помощник модератора.

9. **Д.** – участковый врач-педиатр, кандидат медицинских наук.

10. **Ч.** – ответственный секретарь Регионального Исследовательского Этического Комитета, кандидат социологических наук, доцент.

11. **В.** – юрист.

Приводим (в сокращенном виде) протокол фокус-группы.

К.: Добрый день, уважаемые участники фокус-группы. Благодарим Вас за то, что согласились быть участниками нашего мероприятия. Сегодня в редакции журнала «Биоэтика» при поддержке Волгоградского научного медицинского центра мы будем обсуждать актуальную тематику, затрагивающую как медицинский персонал, так и пациентов. Речь пойдет о значимости позитивного взаимодействия медицинского персонала и родителей ребенка, находящегося на стационарном лечении. Ранее проведенные дискуссии затрагивали в основном педиатрическую, реже реабилитационную сферу медицинской деятельности. Нам же предстоит разговор о более узком разделе, а именно об инфекционных болезнях у детей. Детские инфекционные заболевания имеют ряд характерных особенностей. В свете нашего разговора необходимо выделить то, что детская инфекционная патология в большинстве случаев носит острый ургентный характер, что предполагает оказание экстренной медицинской помощи и достаточно быстрого ответа на проведенную терапию. Это обуславливает то, что средняя продолжительность госпитализации ребенка невелика и составляет около 5 дней. За это короткое время, с одной стороны, доктору необходимо найти подходы к родителям ребенка, с другой стороны, родителю нужно успеть построить позитивные отношения с медицинским персоналом. Нам с вами необходимо наметить те векторы, которые позволили бы построить плодотворные взаимоотношения медиков и родителей, способствующие скорейшему выздоровлению ребенка.

М.: Спасибо, давайте начнем обсуждение. Алексей Борисович, скажите, пожалуйста, от чего зависит успех в лечении больного ребенка?

Н.: Исход лечения ребенка будет во многом зависеть не только от действий врача, но и от активности или бездействия самих родителей.

М.: А как Вы считаете, родители должны помогать каким-то образом докторам? Присматривать, ухаживать?

Н. Должны, но, к сожалению, большинство родителей зачастую не понимают своих обязанностей, занимаясь другими своими делами, но не уходом за ребенком.

М.: Какими?

Н. Общаются друг с другом, отсыпаются.

М.: Я всегда говорила, что родители в стационарах педиатрического профиля представляют собой особую социальную группу, они образуют собственные сообщества, знакомятся между собой.

Е.: Действительно знакомятся, тем не менее, когда мы находились в стационаре, я старалась, прежде всего, ухаживать за своим ребенком, ведь сестры и врачи приходили несколько раз за день для осмотра и проведения каких-либо манипуляций, при этом весь уход за малышом осуществляла я сама. Я была заинтересована в этом, это мой ребенок, ему плохо. Т.е. наверное, Вы правы, Алексей Борисович, многое зависит от самих родителей, их настроения, от того, как они относятся к своему ребенку.

М.: Но настрой, наверное, формируется не в самом стационаре, а еще и за его стенами. Олег Эдуардович, когда Вы направляете детей на стационарное лечение, родители сопротивляются?

Д.: В начале, когда приходишь на вызов, оцениваешь состояние ребенка, тяжесть заболевания, если состояние удовлетворительное или даже средней тяжести - ребенок может и дома находиться. Есть родители, которых знаешь хорошо, не один год с ними проработал, соглашаются на госпитализацию, когда начинаешь говорить, что в этом есть необходимость. Хотя бы пару-тройку дней побыть в больнице, купируются острые явления. Но бывает, что меняется настрой, родители тебя в штыки воспринимают.

М.: Не хотят, да?

Д.: Да, не хотят, тут важно поймать психологический момент и убедить их, что хотя бы на острый период госпитализироваться в стационар, потому что за маской банальной ОРЗ, когда высокая температура или даже судороги, может скрываться менингит или другая нейроинфекция.

М.: Олег Эдуардович, а они чего боятся? Самого стационара? Или у них есть какой-то негативный опыт в этом отношении?

Д.: Бывает, что и опыт негативный присутствует, но чаще боятся самого стационара.

М.: Чего именно они боятся? Что их разлучат с ребенком?

Д.: Я понимаю, что стационар – это не курорт, конечно, родители боятся плохих условий, но я объясняю, что вас положат вместе с ребенком.

М.: Екатерина Вадимовна, а Вы сразу согласились на госпитализацию?

Е.: Мы сразу. Дело в том, что в то время я была в командировке в другом городе, мне позвонил муж, я сразу прилетела, и мы легли с ребенком в больницу. Я ведь мама, я должна знать, что происходит с моим ребенком.

М.: Да, действительно есть ответственные родители, есть и не очень. А принудительно можно заставить госпитализировать ребенка при инфекционном заболевании?

В.: Существует 323-й Закон, если инфекция относится к особо опасным, то собирается консилиум врачей, который решает, что ребенка необходимо госпитализировать. Есть и другой вариант, он более затратный по времени – это обращение в суд.

Ч.: Им не пользуются, это, скорее, сказочный вариант.

П.: Таким способом госпитализации никто не пользуется. Я работаю в КЭК 4-го уровня, мы разбираем вопросы, когда асоциальные родители просто бросают своих детей и не оказывают помощь сутками. Здесь решение только одно: привлекается служба опеки и попечительства, они вызывают наряд полиции и вместе следуют в дом к таким детям. Только в таком случае дети принудительно госпитализируются. Это очень большая проблема, поскольку уходит очень много времени.

Ч.: Безответственные родители и никак их не образумить.

П.: У нас общество очень разное, и родители различные попадают.

М.: А врачам с кем удобнее общаться: с мамами, бабушками, папами или другими родственниками?

Н. Это только от человека зависит. Если мама чего-то в интернете начитается, ее достаточно трудно переубедить в ее мнении, часто неверном. У большинства родителей с собой планшеты или смартфоны с выходом в интернет.

П.: Стало очень трудно работать, любой шаг, любое слово врача тут же проверяется. Зачастую интернету родители доверяют больше, чем врачу.

М.: Не секрет, что высокая детская заболеваемость обусловлена отчасти самолечением со стороны родителей, которые черпают свои знания именно из интернета. А в стационарных условиях родители могут вмешиваться в процесс лечения ребенка или их возможности ограничены?

Н. Конечно, они могут письменно отказаться от проводимой терапии.

П.: Бывает и другой вариант. Они просто забирают ребенка и уходят. Когда они не доверяют врачу, возникают конфликтные ситуации, родители молча забирают больного малыша и покидают стационар.

М.: Много таких случаев?

П.: Не очень много, но бывают. Зачастую возвращаются обратно через какое-то время.

М.: Все-таки согласны ли родители контактировать с врачами в патерналистской модели поведения, т.е. как врач скажет, так родители и поступают?

В.: Исходя из представленных данных социологических опросов, можно сделать вывод, что родители слушаются врачей. При этом здесь указано, что неуважение к врачу – главный фактор, осложняющий взаимодействие с родственниками.

М.: Откуда берутся такие негативные настроения в обществе по отношению к врачам?

Л.: Здесь множество факторов может сыграть. И тот же интернет, и, возможно, предшествующий негативный опыт. При этом я всегда доверяю врачу. Если не доверяешь – лечись самостоятельно дома.

Е.: Я тоже так думаю. Мы полностью доверяли своему лечащему врачу.

П.: Интересно, что часто мамы организуют свои сообщества негативно настроенных мам и это происходит очень быстро.

М.: Причем интересно, что сообщество позитивно настроенных родителей не организуется, а вот отрицательно – сразу же.

П.: Я очень часто с этим сталкиваюсь, поскольку кроме научной и лечебной работы приходится заниматься урегулированием конфликтов. Порой меня зовут доктора из отделений и говорят, что им не доверяют родители, которым нужно авторитетное мнение. И я хожу к таким родителям, консультирую их. Мы такие беседы, шутя, психотерапией называем.

К.: Любовь Васильевна, просто Вы очень гуманный человек, на все стационары таких профессоров не хватит. Необходимо наличие специально обученного человека, способного урегулировать конфликтные ситуации в процессе стационарного лечения.

М.: А с кем такие конфликты чаще происходят: с врачами или со средним медицинским персоналом?

С.: Весь негатив высказывается, конечно, медсестрам, потому что все же врачам стесняются подобное говорить. К тому же родители врачей видят реже. В списке вопросов для обсуждения значится роль среднего медицинского персонала в процессе лечения ребенка. Я бы хотела сказать, что связь между мамой и врачом во многом формируется именно медицинской сестрой. Ведь врач в силу своей занятости не всегда может выявить какие-либо подробности, возможно влияющие на лечебный процесс. Много раз было, когда маму ребенка с кишечной инфекцией доктор спрашивал о принятой пище, мама отвечала, что ничего плохого ребенку не давала, а медсестра при очередной беседе выяснила, что накануне ребенок питался в каком-то неизвестном кафе, данный факт мама не расценивала как весьма важный в эпидемиологическом смысле. Таким образом,

если медсестре удастся построить доверительные отношения с родителем ребенка, это очень помогает врачу.

М.: Т.е. медсестра выступает в роли связующего звена между врачом и родителем больного ребенка и даже может выступить в профилактической роли предотвращения конфликтных ситуаций в процессе стационарного лечения.

С.: Да, безусловно, это так.

М.: Любовь Гавриловна, а Вы можете подтвердить, что когда Вы находились со своим внуком в стационаре, чаще общались со средним медицинским персоналом, чем с врачами?

Л.: Подтверждаю. И всяческие вопросы задаешь медсестре, если она опытная, это не заставит лишней раз обращаться к врачу.

К.: Т.е. в определенной степени медсестра может взять на себя часть врачебных функций?

Л.: Думаю да. Хотя и с врачом необходимо общение, особенно при выписке, например, как нужно дальше себя вести.

М.: А можно ежедневно или даже по нескольку раз в день обращаться со своими вопросами к доктору?

Л.: Со мной такого не случилось, чтобы доктор отказал в беседе.

П.: В этом и заключается специфика педиатрической работы, врачу нужно весь рабочий день быть открытым для родителей.

С.: За всю свою практику не встречала врача, который отказался бы поговорить с родителями.

М.: Оксана Александровна, а как Вы поступаете, когда родители просто не дают заниматься другими детьми? Приходится отвечать на каждый вопрос, реагировать на каждую мелочь? Вы можете как-то поставить их на место?

О.: Я такой человек, что приходится отвечать всем по каждой мелочи. Грубить точно нельзя – еще хуже будет, жалобы и т.д. Только терпеть, больше ничего.

М.: А у Вас в стационаре есть медицинский психолог?

П.: Нет.

М.: Ведь мог бы помочь.

К.: В повестке сегодняшней встречи значится вопрос о целесообразности привлечения медицинских психологов для упрощения работы врача с конфликтными родителями. Это общемировая практика. Оксана Александровна – человек мягкий и ей приходится терпеть натиск не всегда доброжелательных родителей. Но это совершенно несправедливо и, считаю, даже недопустимо.

Н. В такой ситуации психолог мог бы с одной стороны подсказать родителю как себя следует вести в той или иной конфликтной ситуации, а с другой помочь доктору правильно выйти из стресса.

К.: Согласен полностью.

П.: Работа в нашем стационаре психологически очень трудна. Далеко не все выдерживают. Представьте, приходят целыми семьями на беседу с доктором и одна такая семья со своими вопросами может занять до нескольких часов рабочего времени.

М.: Тем не менее, опираясь на результаты проведенных социологических исследований, получается, что родители все же в большинстве случаев помогают докторам. Не более 10% опрошенных врачей считают, что родители мешают в процессе лечения ребенка.

П.: В большинстве случаев это так.

К.: При этом не стоит забывать, что абсолютное большинство врачей считают, что родственники могут выступить факторами риска, т.е. стать негативным звеном, ухудшающим прогнозы лечения ребенка.

М.: Все верно, но нужно иметь в виду, что родитель сам по себе может быть фактором риска для дебюта инфекционного заболевания, прибегая к самолечению или не выполняя назначений врача.

К.: Этого нельзя исключать.

М.: Любовь Васильевна, а как дела обстоят с комплаентностью родителей? Много ли тех, кто устойчиво пренебрегает советами врача?

П.: Я думаю, что таких родителей очень мало, но все же они есть. В данном случае для ребенка было бы лучше, если бы родителей можно было бы исключить

из триады врач-родитель-ребенок, ведь бывают мамы, делающие все с точностью до наоборот, исходя из собственных преставлений.

К.: Предположение Любовь Васильевны полностью согласуется с данными нашего исследования, где мы выяснили, что только 1% родителей никогда не выполняет советы врача.

М.: Олег Эдуардович, а как Вам кажется, каков процент некомплаентных родителей на уровне амбулаторного звена?

Д.: Здесь многое зависит от тяжести состояния ребенка. Если состояние удовлетворительное, то родители решаются лечить ребенка самостоятельно, его состояние ухудшается, и когда ребенок достигает тяжелого состояния, родители становятся полностью комплаентны по отношению к педиатру.

М.: Оксана Александровна, а Вы как-то боретесь с родительскими самоназначениями?

О.: Да, конечно, ругаемся. Ведь часто родительские методы лечения, заимствованные в основном из народной медицины, только вредят ребенку. Достаточно вспомнить применение горчичников у ребенка с бронхообструкцией, за счет чего состояние прогрессивно ухудшается. Таким же образом влияют и растирания всякими резко пахнущими веществами, жиром и т.д. Нередко, кстати, к данным методам лечения прибегают бабушки, провоцируя внутрисемейные конфликты с родителями. Бабушкам зачастую жалко ребенка, поэтому, скажем, при кишечных инфекциях именно бабушки нарушают диету ребенка и втайне от родителей и врача дадут ему сладкого или наоборот колбасы кусок, нивелируя все старания врача.

Ч.: В итоге получается, что тем самым бабушки наказывают ребенка, ухудшая его состояние, и таким образом, косвенно наказывают и себя сами.

М.: Хотелось бы рассмотреть и другую сторону медали, а именно врачебные ошибки. Сразу хочу отметить, что от них никто не застрахован, а если взять во внимание клинику детских инфекционных болезней, где многие симптомы однотипны, часто скрываются под маской хирургической патологии, то становится понятно, что здесь они весьма вероятны. Также обращаю Ваше

внимание, что ошибка – это не юридический термин и врач не должен нести ответственности за собственные ошибки, совершенные без злого умысла. Но для родителей больного ребенка это обстоятельство вовсе не очевидно.

Ч.: Да, для них это не аргумент. По их мнению, кто-то должен быть наказан за подобные ошибки.

М.: И что происходит дальше?

П.: Наталья Николаевна, врачебные ошибки случаются абсолютно у каждого практикующего врача, рано или поздно. Но это в высшей степени неприятно и для самого врача. Просто ужас, это то, что преследует тебя долгие годы. Это настолько трагично, что здесь уже для доктора необходима психологическая помощь. На самом деле, врач, совершивший ошибку, страдает ничуть ни меньше родителей. Он сам себя этим наказывает.

М.: А есть родители, которые понимают, что сложившееся тяжелая ситуация с их ребенком не всегда зависит от действий доктора и не предъявляют к нему претензий?

П.: Есть, конечно, и такие разумные родители, но их меньшинство.

М.: Сменим эту грустную тему. Алексей Борисович, в чем Вы видите особенности интеракции с родителями в условиях инфекционного стационара?

Н. Плановая госпитализация производится в прочие соматические стационары. Как указывал Кирилл Олегович, к нам дети поступают по экстренным показаниям, часто в тяжелом состоянии. Родители чаще всего находятся в состоянии глубокого стресса, для них это шок.

П.: Все верно. Плановой госпитализации у нас практически не встречается. Ургентный характер патологии обуславливает свои особенности взаимодействия с родителями, схожие с таковыми в хирургическом или реанимационном отделениях. За суточное дежурство в эпидсезон мы можем принять до 60-ти детей. При этом большинство детей очень динамично поправляются и выписываются, оборот койки огромный. В таких условиях выстроить доверительные отношения между врачом и родителем очень сложно, а порой и невозможно.

К.: Именно это я имел в виду в самом начале нашей беседы.

Ч.: Здесь напрашивается вопрос о целесообразности использования патерналистской модели поведения в условиях детского инфекционного стационара.

М.: Действительно, в подобных условиях ее необходимо внедрять. Никакой коллегиальности, никаких контрактов.

Ч.: Когда родители в панике, в стрессе – они не могут быть партнерами или союзниками доктору. Разумеется, в экстренных ситуациях.

М.: Любовь Гавриловна правильно сказала: «Как врач сказал – так мы и делаем». Это нужно воспитывать в родителях. Сейчас это встречается все реже.

К.: Олег Эдуардович, как Вам кажется, правильно было бы активизировать просветительскую работу с родителями на уровне участковых педиатрических служб относительно корректного поведения с медицинскими работниками стационарного звена, по поводу навыков правильного ухода не только за здоровым ребенком, но и за больным?

Д.: В этом определенно есть рациональное зерно.

М.: Хотелось бы услышать от мамы, что она ждет от врачей?

Е.: Прежде всего, адекватной медицинской помощи, чтобы ребенку стало легче.

М.: Т.е. первое – это профессиональная помощь. Стало ребенку легче, что дальше?

Е.: Далее хотелось бы получить знания о том, как себя вести в дальнейшем, чтобы такого больше не повторилось, о правильном питании, правильном уходе при том или ином заболевании, возможны ли какие-либо последствия, как их предупредить.

М.: Любовь Гавриловна, как Вы считаете, уместно ли заводить с врачом неформальные, дружеские отношения? Хорошо это или плохо?

Л.: Трудно сказать. Наверное, если врач идет на близкий контакт – для пациента это неплохо. С другой стороны, врачу это может и навредить, ведь он отвлекается от своей работы.

М.: А у вас, доктора, бывает так, что отношения выходят за рамки формальных?

Н. Да, у меня такое случалось. Со многими родителями поддерживаю отношения, многие приезжают на осмотры.

О.: У меня противоположная ситуация – я стараюсь дистанцироваться от пациентов.

М.: Понятно. А чего тогда врачи ждут от родителей?

О.: Прежде всего, чтобы они успокоились. Необходимо найти общий язык с мамой ребенка – только в этом случае лечение будет эффективным.

В.: Есть ли какие-то брошюры, памятки для докторов или родителей ребенка о том, как правильно себя вести друг с другом?

О.: Такого материала, к сожалению, практически не существует. Если и есть, то на обывательском уровне.

М.: А помощи какой-либо ждете от родителей?

Н. Разумеется, прежде всего, адекватного ухода. Родители находятся с ребенком круглосуточно, только они могут обеспечить должный уровень ухода. Именно поэтому вопрос о совместном пребывании родителя и больного ребенка в стационарных условиях должен решаться положительно. Мама в первую очередь заметит какие-либо негативные изменения в состоянии ребенка, например, появление сыпи, лихорадки, жидкого стула и п.т., что может оказать влияние на результаты лечения ребенка.

М.: Мария Львовна, а Вам как комфортнее: чтобы родители присутствовали или отсутствовали в стационаре?

С.: Оптимально, чтобы ребенок находился с мамой, это значительно облегчит уход за ним, это более комфортно психологически и для ребенка, и для мамы. В результате исходы лечения будут более благоприятными.

М.: Любовь Васильевна, а Вы наблюдали дифференциацию отношений между врачами и родителями в зависимости от нозологий?

П.: Вы знаете, это в значительной мере зависит от тяжести состояния ребенка. От нозологических форм качество взаимодействия зависит в гораздо меньшей степени.

М.: Интересно, что в ходе сегодняшней беседы наметилось единодушие мнений как врачебных, так и среди потребителей медицинских услуг. Мне бы хотелось узнать, есть ли какие-то конкретные способы, позволяющие оптимизировать взаимоотношения докторов с родителями? Ведь если их правильно построить, это очень мощный фактор, способствующий выздоровлению ребенка. Может быть, внести изменения в структуру оказания медицинской помощи, изменить законодательные нормы, или ничего изменить нельзя и все зависит только от конкретного человека?

П.: Наталья Николаевна, мне кажется, прежде всего, необходимо изменить общественное мнение по отношению к медицинским работникам. По всем федеральным каналам формируется негативный образ врача. С этим необходимо что-то делать.

Ч.: Такое ощущение, что происходит целенаправленная травля медицинского сообщества. То же самое происходит, кстати, и с педагогами. Врачи в своей деятельности никак и никем не защищены. Вы слышали когда-нибудь, что существует общественный совет при областном Минздраве по защите прав медицинских работников?

П.: Никогда не слышала. Практика показывает, нас никто и никогда не защищает. Формально существует ассоциация врачей детских инфекционистов, но она себя никак не проявляет.

К.: В том то и дело, что она существует формально.

В.: В развитых странах врачебная ассоциация на деле охраняет права врачей, а также регулирует вход в профессию, выход из нее, т.е. ассоциация следит за тем, чтобы права докторов не ущемлялись, и одновременно она избавляется от тех медработников, кто сам нарушает права пациентов. У нас подобного ничего не происходит. В 323-м ФЗ закреплены 11 прав пациентов и, фактически, всего 2 права для медицинских работников: получать профильное

образование и работать по специальности. И все! Т.е. Вы считаете, что повышение престижа и статуса медицинского работника может позитивно сказываться и на межличностных взаимоотношениях?

П.: Да, уверена в том, что это косвенно положительно повлияет на интеракцию врач-родитель ребенка. Еще одна очень значимая проблема – дефицит медицинских кадров. Врачи не просто бегут, а разбегаются. В поликлиниках постоянно меняются участковые педиатры, участки то и дело укрупняются, увеличивая и так высокую нагрузку на врача. В некоторых районах области работают по 1-2 педиатра, люди годами не могут себе позволить в отпуск выйти – просто работать будет некому. Без увеличения финансирования здравоохранения эту проблему решить не удастся, престиж профессии будет неукоснительно падать.

М.: Действительно, работать врачом сейчас – это героический труд, который лишь изредка по достоинству оценивается пациентами. Очень бы хотелось, чтобы больные более уважительно относились к медицинским работникам. Существуют ли еще меры, способствующие лучшему взаимодействию врача и родителя, помимо уже названных: повышения статуса и престижа медицинской профессии и увеличения доли финансирования здравоохранения в целом?

П.: Известно, что в силу высокой напряженности труда в сочетании с высокой ответственностью и низкой материальной обеспеченностью, доктора очень подвержены депрессиям, приводящим даже к суицидам. Результаты недавнего исследования, проведенного в Национальном институте профессиональной безопасности и здоровья США, показали, что количество самоубийств среди медиков в 2 раза выше, чем среди представителей других специальностей. Что уж говорить про эмоциональное выгорание, профессиональную трансформацию личности, столь присущие медработникам. Единственный способ привести доктора в эмоциональное равновесие – это постоянное присутствие специально обученного медицинского психолога, который мог бы помочь и врачу, и пациенту.

К.: Не будем забывать и об активации просветительской работы со стороны участковых педиатрических служб, способной в известной степени ознакомить родителей с навыками правильного ухода за больным и здоровым ребенком, а также о необходимости неукоснительного соблюдения врачебных назначений. Мне показалась интересной идея о роли медсестры в качестве связующего звена между врачом и родителем больного ребенка. Грамотное поведение среднего медперсонала могло бы выступить в профилактической роли предотвращения конфликтных ситуаций в процессе стационарного лечения. Вектор изменений может быть направлен и в эту сферу межличностных отношений.

М.: Дамы и господа, позвольте мы будем завершать нашу беседу. Всем большое спасибо за участие!

Таким образом, по результатам фокус-группы были получены **ответы на следующие вопросы:**

1. В чем особенности в отношении врачей и родителей в условиях детского инфекционного стационара?

В детском инфекционном стационаре оказывается, в основном, экстренная помощь. В этих условиях родители, как правило, находятся в тяжелом психологическом состоянии в связи с тяжестью клинических проявлений у их ребенка и, следовательно, сами нуждаются в поддержке. Врачи должны быстро принимать решения, при этом не всегда эти решения бывают поняты родителями.

2. Можно ли избежать конфликтов между родителями и врачами в процессе нахождения ребенка в детском инфекционном стационаре?

Это необходимо, но не всегда возможно. В любом случае, врач всегда может вести себя по отношению к родителям так, чтобы не стать источником конфликта.

3. Как помочь врачам и родителям снять психологическое напряжение в связи с болезнью ребенка?

Необходимо присутствие медицинского психолога в каждом детском инфекционном стационаре, тем более, что такая должность предусмотрена нормативными документами, однако эти регламентации часто не выполняются.

4. Могут ли родители выступать фактором риска для здоровья своего ребенка?

Да, могут, если а) не соблюдают мер профилактики инфекционных болезней, б) поздно обращаются за медицинской помощью, в) практикуют некомплаентное поведение в отношении режима дня, лекарственных назначений и режима питания, назначенных врачом и подтвержденных информированным согласием.

5. Присутствие родителей в детском инфекционном стационаре помогает врачам в их работе или мешает?

Скорее, помогает (уход за ребенком, психологическая поддержка).

6. Должен ли врач ограничивать общение с родителями, если считает, что оно мешает в работе?

Вероятнее всего нет, он должен отвечать на все вопросы родителей, проявляя неизменно терпение, сдержанность и доброжелательность.

7. Кто чаще всего общается с родителями пациентов: администраторы больницы, врачи, средний медперсонал, младший медперсонал?

Более частые контакты у родителей со средним медперсоналом, это общение часто способствует профилактике конфликтов с врачом.

8. Почему родители неохотно дают согласие на госпитализацию детей с инфекционными заболеваниями?

Боязнь разлуки с ребенком, негативный собственный опыт играют большую роль в отношении к госпитализации ребенка. Но весьма существенным фактором является и то, что в нашей стране в последние годы не обращают внимания на поддержку престижа врача, наоборот, СМИ и Интернет-сообщество активно распространяют негативный образ медицинского работника. Этому можно противостоять, если врачи будут так же активно выступать в СМИ и Интернете, но у докторов на эту социальную активность просто нет времени.

9. В чем причина падения престижа врача?

В недостаточном финансировании здравоохранения. Низкий престиж врача оправдывает недостаток выделения средств на его содержание. У пациентов

выработалась установка – идти к «дорогим» докторам (в сектор частной медицины). Высокая стоимость медицинских услуг ассоциируется с качественной помощью. Частный детский инфекционный стационар - большая редкость (если они вообще существуют), а направляясь со своим ребенком в государственную больницу, родители нередко настроены скептически. Если обеспечение государственных детских стационаров и работающих в них врачей будет лучше, чем в частных клиниках, родители будут реагировать иначе.

По результатам фокус-группы были предложены следующие **рекомендации:**

1. Активизировать работу профессиональной Ассоциации врачей-детских инфекционистов по повышению престижа специальности.
2. Рекомендовать органам управления здравоохранением регионального уровня решить вопрос об укомплектовании штата медицинских психологов в учреждениях здравоохранения согласно нормативным документам.
3. Врачам следует активнее выступать в СМИ и Интернете по актуальным вопросам профилактики детских инфекций, чтобы родители могли черпать из этих источников достоверную, а не сомнительную информацию.
4. Профессиональная коммуникация среднего медперсонала и родственников может выступить в качестве профилактики конфликтных ситуаций в процессе стационарного лечения ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования подтвердили гипотезу, представленную во Введении. Нам удалось доказать, что особенностями детского инфекционного стационара является то, что в нем оказывается в основном экстренная помощь. В этих условиях родители, как правило, находятся в тяжелом психологическом состоянии. Это обусловлено в первую очередь внезапностью и тяжестью клинических проявлений у их ребенка, в результате родители сами нуждаются в психологической поддержке. Врачи должны быстро принимать решения, при этом не всегда эти решения бывают поняты родителями. Избегать подобных конфликтов нужно, но не всегда возможно. В любом случае, врач может вести себя по отношению к родителям так, чтобы не стать источником конфликта. Чтобы помочь родителям и врачам снять психологическое напряжение в связи с болезнью ребенка, необходимо присутствие медицинского психолога в каждом детском инфекционном стационаре, тем более что такая должность предусмотрена нормативными документами, но этот регламент не всегда выполняется.

Родители могут выступать фактором риска для здоровья своего ребенка, если а) не соблюдают мер профилактики инфекционных болезней, б) поздно обращаются за медицинской помощью, в) практикуют некомплаентное поведение в отношении режима дня, лекарственных назначений и режима питания, назначенных врачом и подтвержденных информированным согласием.

Боязнь разлуки с ребенком, негативный собственный опыт играют большую роль в отношении к госпитализации ребенка. Но весьма существенным фактором является и то, что в нашей стране в последние годы не обращают внимания на поддержку престижа врача. Напротив, СМИ и Интернет-сообщество активно распространяют негативный образ медицинского работника. Этому можно противостоять, если врачи будут столь же активно выступать в СМИ и Интернете, но у докторов на эту социальную активность просто не хватает времени.

По материалам исследования сформулированы выводы и практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Контакты врачей с родственниками ребенка – пациента в инфекционном отделении являются *ежедневными* только в 52% случаев. В большинстве случаев инициировались такие контакты родителями пациентов, которые уточняли у лечащего врача те или иные моменты по уходу и процессу лечения. Ежедневно встречаются и общаются с лечащим врачом своего ребенка $\frac{3}{4}$ родителей, 20% контактируют с доктором по мере необходимости. Около 84% родителей считают свои взаимодействия с врачом необходимыми, 11% – полезными, лишь 4% указали на малоинформативность таких бесед. Никто не отметил бесполезность диалога с врачом.

2. Примерно в половине случаев (53%) родственники назвали себя и доктора совместными инициаторами встреч и бесед, 42% респондентов указывают, что они самостоятельно начинают разговор с доктором, и только 5% указали, что врачи вступают в диалог первыми. Чаще всего респонденты говорят с врачом о состоянии их больного ребенка и перспективах лечения (73%), реже обсуждается вопрос о необходимых лекарствах (41%). Только 14% родственников считают важным разговор о методах ухода за их ребенком. 45% опрошенных не испытывают трудностей в общении с врачом, почти 24% респондентов утверждают, что им не хватает обстоятельности в ответах докторов.

3. Примерно, половина врачей абсолютизирует роль матери в уходе за ребенком и считает контакты с ней психологически более успешными. Некоторые врачи с большим уважением говорят об эффективных контактах с бабушками ребенка-пациента. Те, кто отмечал полезность контактов с отцом, объясняли это тем, что мужчины более объективно оценивают ситуацию и принимают более последовательные решения.

4. Неподготовленность и некомпетентность родителей в ситуации болезни ребенка характеризует их поведение как рискованное, что не могут не

отметить врачи. Несмотря на то, что почти $\frac{3}{4}$ респондентов утверждали, что родители чаще помогают врачу в процессе лечения, почти все они (96%) указали, что родственники ребенка-пациента с той или иной частотой могут выступать и как факторы риска в процессе лечения последнего, при этом чуть более $\frac{1}{3}$ докторов заявили, что это случается часто.

5. Несмотря на единодушное признание существующих рисков в поведении родителей, врачи признают их помощь в лечении не просто полезной, но и необходимой. Большая часть респондентов указала, что наиболее эффективной помощью со стороны родственников является неукоснительное соблюдение врачебных назначений (57%), меньшую группу составили доктора, считающие правильный уход за ребенком результативным родительским действием (19%).

6. Несмотря на некоторую неуверенность в том, что врач всегда прав, родители готовы к выполнению его советов, т.е. косвенно подтверждают установку на комплаентное поведение: почти половина родителей (49%) всегда выполняют советы врача, еще столько же (50%) чаще всего выполняют и только 1% их не выполняет. Ни один из опрошенных не пожелал сменить лечащего врача своего ребенка, 4% считают, что смена врача ни к чему не приведет, 81% удовлетворен своим доктором.

7. Выявлены следующие причины конфликтов врачей и родителей и способы их профилактики и/или разрешения:

<i>Неинформированность или недостаточная информированность родителей ребенка о его состоянии и плане лечения.</i>	Эти случаи - наиболее распространенные. Здесь прослеживается вина врачей, ситуация может быть легко разрешена путем более подробного и своевременного информирования родителей.
<i>При наличии полной информации существует вариант нежелания родителями ее понимать и/или принимать.</i>	Здесь конфликта избежать не удастся, хотя привлечение медицинского психолога к работе с родственниками маленьких пациентов может сгладить ситуацию.
<i>Организационные</i>	Здесь отсутствуют единые рекомендации,

<p><i>недостатки отечественного здравоохранения, которые мешают врачу удовлетворить справедливые требования родителей.</i></p>	<p>но приведенный в работе анализ кейсов показывает, какие из них наиболее актуальны и как именно можно с ними бороться.</p>
<p><i>Некомплаентность и безответственность родителей в уходе за ребенком.</i></p>	<p>В каждом случае здесь могут быть применены индивидуальные меры воздействия, но инвариантом разрешения ситуации может быть формулировка Информированного согласия, содержащая обязательства родителей по выполнению указаний врача.</p>
<p><i>Конфликт становится неизбежен, если врачи не обладают клиническими возможностями излечения пациента.</i></p>	<p>Мы не разбирали подобные случаи, поскольку ситуации неизлечимых болезней - предмет специального исследования.</p>

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Достижение конструктивного взаимодействия врача и родителя больного ребенка может быть осуществлено несколькими способами.

1. Необходимо активное привлечение медицинских психологов для работы в детских инфекционных стационарах, что позволит повысить комплаентность родителей, с одной стороны, и предотвратить эмоциональное выгорание и профессиональную трансформацию личности доктора, с другой. В связи с этим, в штате крупного детского инфекционного стационара целесообразно предусмотреть должность медицинского психолога.

2. Повышение статусности и престижности работы стационарного врача детского инфекциониста может быть достигнуто путем активизации работы профессиональной Ассоциации, трансформации общественного мнения относительно медицинского сообщества в СМИ и Интернете, а также мер государственной финансовой поддержки, что позволит изменить в лучшую сторону взаимоотношения врачей и родителей.

3. Активация просветительской работы со стороны участковых педиатрических служб, направленная на ознакомление родителей с навыками правильного ухода за больным и здоровым ребенком, а также на неукоснительное соблюдение врачебных назначений, позволит врачам увидеть в родителях своих помощников в процессе лечения ребенка. С этой целью необходимо расширить практику работы Школ для родителей, каждая из которых должна иметь свою страничку в Интернете. Это позволит вытеснить некорректную информацию по профилактике и лечению детских инфекций, которую в настоящее время распространяют некомпетентные авторы.

4. В учебный курс повышения квалификации детских врачей-инфекционистов целесообразно ввести Практикум по общению с родственниками детей-пациентов. Методические рекомендации для такого практикума разработаны автором.

5. В учебный план обучения среднего медицинского персонала рационально внедрить методические рекомендации по навыкам эффективной коммуникации с родственниками ребенка-пациента. Данная мера позволит медицинским сестрам выступить в профилактической роли предотвращения конфликтных ситуаций между врачом и родителями в процессе стационарного лечения ребенка.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АлАТ	Аланинаминотрансфераза
англ.	Английский язык
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
в т.ч.	В том числе
ВМНЦ	Волгоградский медицинский научный центр
ВолгГМУ	Волгоградский государственный медицинский университет
ВЭБ	Вирус Эпштейн-Барра
г.	Город, год
г.р.	Год рождения
ГБУЗ ВОДКИБ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Волгоградская областная детская клиническая инфекционная больница
гг.	Годы
градус С	Градус Цельсия
ДИ	Детские инфекции
др.	Другой (–ое, –ая, –ие)
КОЕ	Колониеобразующая единица
КЭК	Клинико-экспертная комиссия
лат.	Латинский язык
МЗ	Министерство здравоохранения
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РАН	Российская академия наук
Рис.	Рисунок

РПГА	Реакция пассивной гемагглютинации
РФ	Российская Федерация
см.	Смотри
СМИ	Средства массовой информации
стр.	Страница
США	Соединенные штаты Америки
Табл.	Таблица
т.д.	Так далее
т.е.	То есть
т.к.	Так как
т.о.	Таким образом
т.п.	Тому подобное
УЗИ	Ультразвуковое исследование
УПФ	Условно-патогенная флора
ФЗ	Федеральный закон
ФУВ	Факультет усовершенствования врачей
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЭКГ	Электрокардиограмма, электрокардиография
ЮФО	Южный федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев О.А. Социальное регулирование деятельности медицинских учреждений на современном этапе развития российского общества.//Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения». – Волгоград, 2004. – с.67-69.
2. Альбицкий В.Ю. Современные этические проблемы педиатрии // Вопросы современной педиатрии. - 2004. - №2. - с.98-103.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратов: 1986. - с. 19-25.
4. Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Этико-правовые проблемы охраны здоровья детей // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. - Москва, 2003. – с.65-68.
5. Андреева Г.М. Социальная психология. - М: Аспект Пресс, 1999. - 375 с.
6. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. - СПб.: «Прайм–Евразнаю», 2002.– 560 с.
7. Атлас инфекционных болезней/ Под ред. В.И. Лучшева, С.Н. Жарова, В.В. Никифорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 224 с.
8. Балло А.М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред/А.М. Балло, А.А. Балло. СПб.: «БиС», 2001.– 374 с.
9. Баранов А. А. Профилактические технологии в педиатрии: научные и практические проблемы // Педиатрия – 2003 - №5 – с. 4-7.
10. Баранов А.А. Научные и практические проблемы Российской педиатрии на современном этапе // Педиатрия. – 2005. - № 3. – с. 4-7.
11. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Теоретические и практические проблемы профилактической педиатрии // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. Москва, 2003 – с. 7-23.

12. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Формирование государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и решения // Вопросы современной педиатрии. – т. 5, №6, 2006. – с. 5-7.
13. Баранов А.А., Цибульская И.С., Альбицкий В.Ю. и др. Здоровье детей России. – Москва, 1999 – 273 с.
14. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., Кучма В.П. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. – 2005 - №2. - с. 4-8
15. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. М.: ММСИ, 1999. – 275 с.
16. Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. Курс эпидемиологии: Учебное пособие. – СПб.: Джангар, 2005. – 136 с.
17. Беляков Н.А. Российская модель последипломного медицинского образования в контексте тенденций развития медицины на рубеже XX-XXI вв./ Н.А. Беляков, Т.В. Карсаевская, А.П. Щербо//Российский биомедицинский журнал.– 2002.– т .3. – с. 219.
18. Блейхер В.М. О психологическом образовании врачей./ В.М. Блейхер, С.Н. Боков//Психологический журнал.– 1997.– №3.– с. 173.
19. Бойко В.В. Обратная связь с пациентами: цели, организация, итоги//Экономика и менеджмент в стоматологии.–2002.– №1(6).– с. 58-63.
20. Бутенко И.А. Анкетный опрос как общение социолога с респондентом.–М.: Высшая школа, 1989.–с. 175.
21. Бутенко И.А. Организация прикладного социологического исследования. – М.: Тривола, 1998.–228 с.
22. Вебер М. Основные социологические понятия // Избранные произведения. М., 1990. – 809 с.
23. Вершин Е.Г. Мотивация ценностного отношения к здоровому образу жизни студентов медицинского вуза: Автореф. ... канд. мед. наук, Волгоград, 2003. – 25 с.

24. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). – СПб.: Ривьера, 1996. – 395 с.
25. Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса [Электронный ресурс] / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин, Л. И. Якобсон, Е. Г. Ясин // Отечественные записки. – 2006. – № 2(29). URL: <http://www.strana-oz.ru/2006/2/rossiyskoe-zdravoohraneniya-kak-vyyti-iz-krizisa-doklad>. (Дата обращения: 22.08.2013).
26. Власов В.В. Эпидемиология: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 459 с.
27. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Медицина и общество, врач и пациент в 21 веке // Российский медицинский журнал. – 2003.- №6.- с. 9-10.
28. Воробьев А.А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач-пациент / А.А. Воробьев, В.В. Деларю, А.В. Куцепалов // Социология медицины. – 2004. – №1. – с. 39-45.
29. Вялков А. И. Состояние системы управления качеством в здравоохранении. / А. И. Вялков, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №12. – с. 3 - 8.
30. Глобальная эпидемиология/ под ред. Б.Л. Черкасского. – М.: Практическая медицина, 2008. – 447 с.
31. Голуб В.П. Эпидемиология: Учебное пособие. – М.: РУДН, 2008. – 150 с.
32. Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб. : ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.
33. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб.: СПбГУ, 1999.– 1023 с.
34. Деларю В. В. Конкретные социологические исследования в медицине. / В. В. Деларю. – Волгоград: ВолГМУ, 2005. – 97 с.
35. Деларю В.В. Социологические методы исследования в медицине.- Волгоград: ВолГАСА, 2002.–68 с.

36. Дмитриева Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. – 2003. - №11.- с. 51-57.
37. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве или социально-психологические факторы успешности деятельности врача//Медицина. –1999.– № 3.– с.10-11.
38. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., составление, послесловие и примечания А. Б. Гофмана.— М.: Канон, 1995.— 352 с.
39. Ефименко С. А. Социология пациента. : Автореф. дис. ... докт. мед. наук / С. А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.
40. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. – 2006. - № 1.- с. 9-13
41. Журавлева И. В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде // Социология медицины. – 2011. – №1. – с. 32 - 41.
42. Журавлева И. В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели // Социология медицины. – 2004. – №2. – с. 11 - 17.
43. Журилов Н.В., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Проблема добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство //Научные труды 1 Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. - Т.1. - М.: НАМП, 2003. – с. 93-96.
44. Заборовская И. Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И. Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – с. 39 - 43.
45. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – М.: Фолиант, 2005. – 748 с.
46. Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые взаимоотношения врача и пациента.// Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2000.–№2. – с.34-37.

47. Каплунов К.О. Взаимоотношения медицинских работников и родителей детей-пациентов в практике детских инфекций / Л.В. Крамарь, К.О. Каплунов, Г.А. Кантемирова // Биоэтика. – 2014. - №2. – с. 49-54
48. Каплунов К.О. К вопросу об информированном добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара / К.О. Каплунов, В.А. Великанова // Биоэтика. – 2014. - №1. – с. 38-43.
49. Каплунов К.О. К вопросу о повышении эффективности интеракции в системе «врач-родители ребенка» применительно к клинике детских инфекционных болезней / К.О. Каплунов, Н.Н. Седова // Сб. науч. тр. IV Всеросс. научн.-практ. конф. (с междунар. участ.) «Социология медицины – реформе здравоохранения». – Волгоград, 2013. – с. 123-127.
50. Комаров М.С. Введение в социологию. М.: Наука, 1994. – 153 с.
51. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (Дата обращения: 15.02.2014).
52. Креймер М. А. Экономико-математические аспекты мониторинга здоровья населения и среды обитания. / М. А. Креймер // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – с. 72 - 74.
53. Куцепалов А.В. Информированность пациентов и структурирование взаимоотношений в системе «врач-пациент» в отечественной и зарубежной медицине на рубеже XX-XI веков.– Волгоград: ВолГАСА, 2002. – 28 с.
54. Лаврищева Г. А. Формирование здорового образа жизни в современных условиях. Социология медицины: наука и практика. / Под ред. Решетникова А. В. // Сборник статей. - М. – 2012. – с. 156 - 160.
55. Лапин И.П. Согласие – фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения//Клиническая медицина.–1999.–№11.– с.15-18.
56. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 535 с.
57. Малый А.Ю. Защита врачей в конфликтных ситуациях / А.Ю. Малый, В.В. Жаров//Топ-медицина.–2000.–№5.–с. 6-14.

58. Матрос Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья.- Новосибирск: ВО Наука, 1999.–275 с.
59. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: Профессионал, - 2009. – 432 с.
60. Миняев В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков – М.: МЕДпресс - информ. – 2009. – 656 с.
61. Морозов П. Н. Медико-социологическое исследование взаимоотношений врачей, пациентов и руководителей больничных лечебно-профилактических учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005.- Н. 2.- с.7-14.
62. Нестеренко Е.И. Формирование здорового образа жизни – важная компонента интерактивного лечения /Е.И. Нестеренко, Н.В. Полунина, Эстуардо Васкес Абанто Хесус//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.–2000.– №5.–с.18-22.
63. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям/ под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.
64. Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. — Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. — 96 с.
65. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. М.: Издательство «Триумф», 2002. – 192 с.
66. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 816 с.
67. Полуев В.И. Согласие на медицинское вмешательство//Стоматология для всех.– 1999.– №2/3. – с. 55-56.
68. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную специальность): Руководство. / А. В. Решетников – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

69. Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1(18). – с. 3 - 14.
70. Решетников А.В. Социологическая теория общества и личности//Социология медицины.–2004.–№1.–с.3-15.
71. Решетников А.В. Социологическое осмысление медицины//Социология медицины.–2003.–№1.–с.3-15.
72. Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М. Методика проведения медико-социологический исследований. - Издательский дом «ГЭОТАР - Мед». - Москва, 2003. – 224 с.
73. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях//Психологический журнал. – 2002, Т.23.– №3. – с.85-95.
74. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В.М. Семенова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 752 с.
75. Седова Н. Н. Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. - 216 с.
76. Седова Н. Н. Правовые основы биоэтики; Монография.— Москва, Триумф, 2004. —224 с.
77. Седова Н. Н. Философия медицины. Курс лекций для аспирантов и соискателей ученых степеней по медицинским специальностям. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2009. - 140 с.
78. Седова Н.Н., Каплунов К.О. Особенности информированного добровольного согласия в условиях детского инфекционного стационара // Менеджер здравоохранения. - 2013 - №1. – с. 29-35.
79. Седова Н.Н., Кузнецов А.В. Права пациентов: кто их защищает? // Социальное и пенсионное право. - 2008. - №2. - с. 12- 14.
80. Седова Н.Н., Л.А. Эртель. Право и этика в педиатрии // Проблема информированного согласия. Москва. – 2004. - 163 с.

81. Семенов В.Ю. Социальные аспекты реформирования отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. - №1. - с. 50-54
82. Силуянова И.В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач–пациент//Медицинское право.–2005.–№2(10).–с.14-18.
83. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема//Вопросы философии. –1985.– № 7.–с. 83-93.
84. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебное пособие. – Москва. – 2003. – 303 с.
85. Стволинский И.Ю. Научное обоснование методологических и организационных подходов к обеспечению медико-социальных потребностей детского населения при медицинском обслуживании / И.Ю. Стволинский. Автореф. ... докт. мед. наук – СПб, 2003. – 42 с.
86. Татарников М.А. Роль социологических исследований в условиях реформирования здравоохранения //Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). 2002. - №4. - с. 69-74.
87. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина. - 1984. - 192 с.
88. Токарева Ю. М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю. М. Токарева // Материалы Всероссийской научно - практической конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – с. 122 - 125.
89. Тощенко Ж.Т. Социология. Общий курс. М.: Прометей, 2001. – 511 с.
90. Учайкин В.Ф. Диагностика инфекционных болезней на современном этапе // Детские инфекции. – Т. 4. – 2005. - № 4. – с. 3-6.
91. Хальфин Р. А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р. А. Хальфин // Экономика здравоохранения. – 2007. – №11(120). – с. 45 - 50.

92. Чеботарева О.А. Традиция отношений врача и пациента в отечественной медицине/ О.А. Чеботарева, О.В. Мирошникова // Гуманитарное образование и медицина. – 2005. - Т.62. - выпуск 3. – с. 118-125.

93. Чичерин Л.П. Проблемы общественного здравоохранения применительно к педиатрической службе // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2005. - №3-4. – с. 4-10.

94. Шаповалова О. А. Средства массовой информации как механизм формирования ценностного отношения населения к своему здоровью: теоретико-методологические основы анализа / О. А. Шаповалова // Социология медицины. – №2. – 2008. – с. 15 - 19.

95. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни: Учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 696 с.

96. Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О. и др. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин и др. – М., 2009 г. – 357 с.

97. Элланский Ю. Г. Организация медико-социальной помощи населению. Часть II: практич. руководство для студентов и врачей / Ю. Г. Элланский, Р. А. Тлепцеришев, Е. М. Савина, В. Л. Фисенко, И. О. Пакус. - Ростов-на-Дону.- 2005. – 268 с.

98. Элланский Ю. Г. Состояние и тенденции в изменении здоровья населения ЮФО. / Ю. Г. Элланский, В. Н. Чернышов, и др. // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Р/Д, 2004. – с. 29 - 31.

99. Эпидемиологическая диагностика/ под ред. Л.П. Зуевой, С.Р. Еремина, Б.И. Асланова. – М.: Фолиант, 2009. – 321 с.

100. Эпидемиология: противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней/ под ред. Г.Н. Чистенко. – М.: Новое знание, 2007. – 365 с.

101. Эртель Л.А. Особенности информированного согласия в биомедицинских исследованиях и клинической практике в педиатрии//Биоэтика.- 2008.-№2. - с. 47-55.

102. Юл Д. Э., Кендэл М. Д. Теория статистики. / Д. Э. Юл, М. Д. Кендэл– М.: Госстатиздат, 1960. - 275 с.
103. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 1032 с.
104. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Эпидемиология: Учебник. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
105. Alderson, P., & Montgomery, J. (1996). Health care choices: making decisions with children. London: Institute for Policy Research.
106. Arntson, P. H., & Philipsborn, H. F. (1982). Pediatrician-parent communication in a continuity of care setting. *Clinical Pediatrics*, 21, 302-307.
107. Aronsson, K., & Rundström, B. (1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text*, 8, 159-184.
108. Aronsson, K., & Rundström, B. (1989). Cats, dogs, and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. *Language in Society*, 18, 483-504.
109. Bales, R.F., (1950). *Interaction process analysis*. Cambridge: Addison-Wesley.
110. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press, 1994.
111. Beauchamp TL, Childress JF, *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, Oxford, 1994
112. Bensing J.M., Verhaak P.E., van Dulmen A.M., Visser A.P. Communication – the royal pathway to patient-centered medicine {editorial}. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 1-3
113. Bensing, J., (1991). *Doctor-patient communication and the quality of care: An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice [Dissertation]*. Utrecht: NIVEL.

114. Boon, J. B., & Stewart, M. A. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986-1996 in re- view. *Patient Education and Counseling*, 35, 161-176.
115. Borne, H. W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counsel- ing*, 34, 89-102.
116. Brock D.W. *Paternalism and Autonomy*.//*Ethics*, v.5, p.105 – 112.
117. Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
118. Burns C.R. *Legacies in Ethics and Medicine*. New York: Science History Publications, 1997.
119. Charon, R., Greene, M. G., & Adelman, R. D. (1994). Multi- dimensional interaction analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science & Medicine*, 39, 955-965.
120. Crawley F.P. *Ethics committees and informed consent: Locating responsibility in clinical trials* // *Tokai J. Exp. and Clin. Med.* - 1997. – Vol.22, № 6. – P.259-265.
121. Davis, H., & Fallowfield, L. (1991). *Counselling and communication in health care*. Chichester: Wiley.
122. Dawes P.J., Davison P. *Informed consent: What do patients want know?* Sunderland royal infirmary. - London, 1994.
123. Drew, P., & Sorjonen, M. (1997). *Institutional dialogue*. In T. Van Dijk, *Discourse as social interaction. Discourse studies: a multi disciplinary introduction* (pp. 92-118). London: Sage Publications.
124. Elbers, E., Maier, R., Hoekstra, T., & Hoogsteder, M. (1992). *Internalization and adult-child interaction*. *Learning and Instruction*, 2, 101-118.
125. Engel, G. L. (1988). *How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view?* In K. White, *The task of medicine: Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California: The Henry Kaiser Foundation.
126. Faden R.R., Beauchamp T.L. *A history and theory of informed consent*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1986.

127. Freemon, B., Negrete, V. F., Davis, M., & Korsch, B. M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: doctor- patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
128. Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, NY/1970.
129. Frohna J.G., Frohna A., Gahagan S., Anderson R.M. Tips for communicating with patients in managed care. *Seminars in medical practice* 2001; 4: 2: 29 – 36
130. Hadlow, J., & Pitts, M. (1991). The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Social Science & Medicine*, 32, 193-196.
131. Hart, C., & Chesson, R. (1998). Children as consumers. *British Medical Journal*, 316, 1600-1603.
132. Holtzheimer, L., Mohay, H., & Masters, I. B. (1998). Educating young children about asthma: comparing the effectiveness of developmentally appropriate asthma education video tape and picture book. *Child: Care, Health and Development*, 24, 85-99.
133. Homan R. *The Ethics of Social Research*. Longman: London, 1991.
134. Hoogsteder, M. (1995). *Learning through participation: The communication between young children and their caregivers in informal learning and tutoring situations [Dissertation]*. Utrecht, ISOR.
135. Hosli, E. J. (1998). *Ziektebegrip bij kinderen. De ontwikkeling van het denken over ziekte (Children's thinking about illness) [Dissertation]*. Amsterdam: Thesis Publishers.
136. *Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice*. Committee on Bioethics. *Pediatrics*, 1995. N95; 314. Retrieved 26th September, 2013 from <http://pediatrics.aapublications.org/content/95/2/314.full.pdf>.
137. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Prepared by the Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Geneva, 2002.

Retrieved 26th September, 2013 from http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf.

138. Joseph J.F., Rodriguez del Pozo P. Too much information: informed consent in cultural context. Medscape, 2011. Retrieved 26th September, 2013 from <http://www.medscape.com/viewarticle/746187>.

139. Katz J., Capron A.M. The silent world of doctor and patient (Johns Hopkins Paperbacks ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002. Pp. 7–9.

140. Kirchgasser K.U. Health and social inequities in Federal Republic of Germany // Social Sciences and Medicine. – 1990. – Vol.31. - № 3. – P. 249-256.

141. Korsch, B. M., Gozzi, E. K., Francis, V., (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics, 42, 855-871

142. Ley, P. (1988). Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance. London: Croom Helm.

143. Linell, P., & Luckmann, T. (1991). Asymmetries in dialogue: Some conceptual preliminaries. In I. Marková , & K. Foppa, The dynamics of dialogue (pp. 1-21). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

144. Meeuwesen, L., & Kaptein, M. (1996). Changing interactions in doctor-parent-child communication. Psychology and Health, 11, 787-795.

145. Meeuwesen, L., Bensing, J., & Kaptein, M. (1998). Doctor- parent-child communication over the years: An interactional analysis. In J. Bensing, U. Sätterlund-Larsson, & J. Szecsenyi, Doctor-patient communication and the quality of care in general practice (pp. 5-18). Utrecht: NIVEL.

146. Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science & Medicine, 40, 903-918.

147. Pantell, R. H., & Lewis, C. C. (1993). Talking with children: How to improve the process and outcome of medical care. Medical Encounter, 10, 3-7.

148. Pantell, R. H., Stewart, T. J., Dias, J. K., Wells, P., & Ross, A. W. (1982). Physician communication with children and parents. Pediatrics, 70, 396-402.

149. Reich W. ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd edition. 5 vols. New.
150. Richardson C.T, Nash E. Misinformed consent: the medical accuracy of state-developed abortion counseling materials. *Guttmacher Policy Review*, Fall 2006, Vol. 9, N4, pp. 6-11.
151. Roter, D. L. (1989). *The Roter method of interaction process analysis (Manual)*. Baltimore: Johns Hopkins University.
152. Roter, D. L., & Frankel, R. (1992). Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Social Science & Medicine*, 34, 1097-1103.
153. Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients, patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.
154. Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12, 99-119.
155. Rylance, G. (1996). Making decisions with children. *British Medical Journal*, 312, 794.
156. Singer P. *Practical Ethics*. 2nd ed., Cambridge University Press, Cambridge, 1995
157. Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. London: Sage Publications.
158. Stiles, W. B. (1989). Evaluating medical interview components: Null correlations with outcomes may be misleading. *Medical Care*, 27, 212-220.
159. Street, R. L. (1991). Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Medical Care*, 11, 1146-1152.
160. Street, R. L. (1992). Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Social Science and Medicine*, 34, 1155-1163.
161. Swaan de, A. (1988). *Care of the state: Health care, education, and welfare in Europe and the USA in the modern area*. Cambridge: Polity Press.
162. Tannen, D. (1993). *Framing in discourse*. Oxford: Oxford University Press.

163. Tannen, D., & Wallat, C. (1983). Doctor-mother-child communication: Linguistic analysis of a pediatric interaction. In S. Fisher, & A. D. Todd, *The social organization of doctor-patient communication* (pp. 203-219). Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
164. Tannen, D., Wallat, C. (1987). Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/ interview. *Social Psychology Quarterly*, 50, 205-216.
165. The European Definition of General Practice /Family Medicine/ / WONCA Europe. – 2002. – P.7.
166. Thomas A., Chess S. Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life // *Am. J. Psychiatry*. – 1984. – 141:1
167. Van Dijk, T. (1996). Discourse, power and access. In C. R. Caldas-Coulthard, & M. Coulthard, *Text and practices: Readings in critical discourse analysis* (pp. 85-104). London: Routledge.
168. Van Dulmen, A. M. (1998). Children's contribution to pediatric outpatient consultations. *Pediatrics*, 3, 563-568.
169. Waitzkin, H. (1990). On studying the discourse of medical encounters: A critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. *Medical Care*, 28, 473-488.
170. Wasserman, R. C., & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patients interactions: A critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21, 279-294.
171. Worobey, J., O'Hair, H. D., & O'Hair, M. J. C. (1987). Pediatrician-patient-parent communication: A descriptive analysis. *Language and Communication*, 7, 293-301.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для врачей

В целях оптимизации оказания стационарной медицинской помощи детям, страдающим инфекционными заболеваниями, сотрудники кафедр ВолгГМУ проводят опрос врачей. Ваши ответы непременно помогут нам в этом.

Пожалуйста, заполните эту анкету!

1. Часто ли Вы контактируете с родителями ребенка, находящегося на стационарном лечении?

- А) ежедневно
- Б) несколько раз в неделю
- В) 1 раз в неделю
- Г) только при поступлении и при выписке
- Д) по мере необходимости, индивидуально в каждом случае
- Е) другое (напишите)_____
- Ё) затрудняюсь ответить

2. Вы считаете, что родители:

- А) всегда помогают врачу в процессе лечения
- Б) чаще помогают врачу в процессе лечения
- В) чаще мешают врачу в процессе лечения
- Г) их присутствие в стационаре нежелательно
- Д) другое (напишите)_____
- Е) затрудняюсь ответить

3. Кто из родственников больного ребенка чаще контактирует с врачом?

- А) мама
- Б) папа
- В) бабушка
- Г) дедушка
- Д) другие родственники или представители

Е) в разных случаях это могут быть различные родственники

Ё) затрудняюсь ответить

4. Отметьте, пожалуйста, основные трудности в контактах с родственниками ребенка-пациента (можно отметить 1-3 пункта):

А) отсутствие комплаентности у родственников ребенка

Б) эмоциональная загруженность родственников ребенка

В) эмоциональная загруженность медицинского персонала

Г) неуважение к врачу и другим медработникам

Д) некомпетентность родственников в вопросах ухода за ребенком

Е) финансовые трудности семьи при обеспечении правильного ухода за ребенком

Ё) внутрисемейные конфликты по вопросам лечения и ухода за ребенком

Ж) невнимание к проблемам ребенка

З) другое (напишите) _____

И) затрудняюсь ответить

5. Считаете ли Вы, что в случаях инфекционных заболеваний детей их родственники выступают факторами риска:

А) всегда

Б) часто

В) иногда

Г) никогда

Д) затрудняюсь ответить

6. При каких нозологиях Вы считаете помощь родителей врачу необходимой:

А) менингиты, энцефалиты

Б) тяжелые кишечные инфекции

В) тяжелые респираторные инфекции

Г) при любых

Д) другое (напишите) _____

Е) затрудняюсь ответить

7. В чем, по Вашему мнению, должна заключаться помощь родственников больного ребенка?

- А) в уходе за ребенком
- Б) в соблюдении назначений врача
- В) в обеспечении лекарствами
- Г) в осуществлении профилактики инфекционных заболеваний
- Д) другое (напишите) _____
- Е) затрудняюсь ответить

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе.

Пол:

- А) мужской
- Б) женский

Стаж работы:

- А) до 5 лет
- Б) от 5 до 10 лет
- В) от 11 до 20 лет
- Г) более 20 лет

Благодарим Вас за помощь!

Анкета родственников детей-пациентов

В целях оптимизации оказания стационарной медицинской помощи детям, страдающим инфекционными заболеваниями, сотрудники кафедр ВолгГМУ проводят опрос родственников детей-пациентов. Ваши ответы непременно помогут нам в этом. Пожалуйста, заполните эту анкету!

1. Ваш ребенок находится в инфекционном стационаре:

- a) Первый раз
- b) Второй раз
- c) Третий раз
- d) Более трех раз

2. Как часто Вы беседуете с лечащим врачом о состоянии своего ребенка и проводимом лечении?

- a) Ежедневно
- b) Несколько раз в неделю
- c) Еженедельно
- d) Когда возникает необходимость
- e) Редко
- f) Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы беседы с врачом:

- a) Необходимыми
- b) Полезными
- c) Малоинформативными
- d) Бесплезными
- e) Затрудняюсь ответить

4. Кто является инициатором этих бесед?

- a) Врач
- b) Я
- c) Другое (напишите) _____
- d) И врач, и я
- e) Затрудняюсь ответить

5. О чем Вы чаще всего разговариваете с врачом? (можно отметить

1 – 3 варианта)

- a) О состоянии ребенка и перспективах лечения
- b) О необходимых лекарствах
- c) О методах ухода за ребенком
- d) О профилактике инфекционных болезней
- e) О реабилитации после болезни
- f) Обо всем
- g) Другое (напишите) _____
- h) Затрудняюсь ответить

6. Чего Вам не хватает в беседах с врачом?

- a) Внимания к тому, что я рассказываю

- b) Обстоятельности в ответах на мои вопросы
- c) Внимания к моему ребенку
- d) Уважения ко мне
- e) Другое (напишите) _____
- f) Меня все устраивает
- g) Затрудняюсь ответить

7. Помогают ли Вам советы врача в уходе за ребенком?

- a) Да
- b) Чаще помогают
- c) Чаще не помогают
- d) Не помогают
- e) Затрудняюсь ответить

8. Всегда ли Вы выполняете советы врача?

- a) Да, всегда
- b) Чаще всего, выполняю
- c) Выполняю иногда
- d) Не выполняю
- e) Затрудняюсь ответить

9. Хотели бы Вы сменить лечащего врача своего ребенка?

- a) Нет, не хочу
- b) Да, хочу
- c) Мне все равно
- d) Затрудняюсь ответить

10. Как Вы в целом оцениваете процесс лечения своего ребенка?

- a) Отлично
- b) Хорошо
- c) Удовлетворительно
- d) Плохо
- e) Затрудняюсь ответить

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

Степень родства с ребенком:

- a) Мама
- b) Папа
- c) Бабушка
- d) Дедушка
- e) Тетя
- f) Дядя
- g) Сестра
- h) Брат
- i) Другое (напишите) _____

Сколько у Вас детей?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Больше 3-х

Свое материальное положение Вы оцениваете как:

- a) Хорошее
- b) Удовлетворительное
- c) Плохое

Сколько Вам лет?

- a) От 18 до 29
- b) От 30 до 39
- c) От 40 до 49
- d) От 50 до 59
- e) 60 и больше

Вы работаете?

- a) Да
- b) Нет
- c) Я учусь
- d) Я на пенсии

Спасибо большое за помощь!

Вопросы для рассмотрения на фокус-группе

1. *В чем заключаются особенности отношений врачей и родителей в условиях детского инфекционного стационара?*
2. *Можно ли избежать конфликтов между родителями и врачами в процессе нахождения ребенка в детском инфекционном стационаре?*
3. *Как помочь врачам и родителям снять психологическое напряжение в связи с болезнью ребенка?*
4. *Могут ли родители выступать фактором риска для здоровья своего ребенка?*
5. *Присутствие родителей в детском инфекционном стационаре помогает или мешает врачам в их работе?*
6. *Должен ли врач ограничивать свое общение с родителями, если считает, что оно мешает в работе?*
7. *Кто чаще всего общается с родителями детей-пациентов: администраторы больницы, врачи, средний медперсонал, младший медперсонал?*
8. *Почему родители неохотно дают согласие на госпитализацию детей с инфекционными заболеваниями?*
9. *В чем причина падения престижа врача?*