

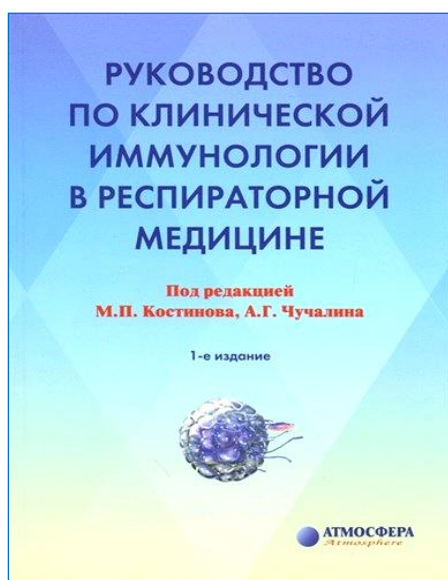


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

**Медицина и здравоохранение:
проблемы, перспективы, развитие**

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№4 (апрель), 2021



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	15
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	18

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Татарников, М. А. Современные требования к подготовке специалистов в области управления здравоохранением // Главный врач. – 2021. – № 3. – С. 3-8.

Эффективность деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом напрямую зависит от качества подготовки руководителей и иных специалистов в области управления. В представленной статье рассказывается о современных требованиях к "управленцам" в сфере здравоохранения в свете новых тенденций в области менеджмента и особенностях их профессиональной подготовки.

В современных условиях все большее значение приобретают универсальные знания и навыки, позволяющие людям более эффективно решать встающие перед ними проблемы, в том числе профессионального характера. Программы обучения в области управления здравоохранением и общественного здоровья формировались в течение десятилетий и доказали свою эффективность. Вместе с тем, современные изменения парадигмы менеджмента, появление новых методов управления и развитие информационных технологий требуют определенной корректировки подготовки специалистов в рамках вузовского и последипломного образования.

С учетом общемировых тенденций в этой сфере можно выделить три основных направления, которые в ближайшем будущем должны стать основой обучения и профессиональной переподготовки специалистов. Это развитие знаний и навыков в области социальной психологии, теории систем и количественных методов исследования, куда можно отнести информационные технологии, математическое моделирование и прогнозирование, новые подходы к формированию системы показателей деятельности здравоохранения и общественного здоровья, статистические методы и ряд других более специализированных математических дисциплин. Знания по этим предметам будущие главные врачи и курсанты курсов усовершенствования получают на многих кафедрах, однако в настоящее время отсутствует именно системность формирования целостных установок по этим предметам. Между тем все современные направления совершенствования системы здравоохранения связаны именно с этими научными дисциплинами. В первую очередь это доказательная медицина, управление качеством медицинского обслуживания, экономико-математические методы изучения медико-социальных явлений, критерии оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений и отрасли в целом, а также формирования общественного здоровья.

Менеджмент здравоохранения без использования принципов и методов социальной психологии, системного и процессорного подходов, количественных методов исследования вообще превращается в лженауку и порочную практику. Все функции управления, включая планирование, организацию, мотивацию и контроль, а также связующие управленческие процессы в виде принятия решений и коммуникаций бессмысленны без использования указанных научно-практических дисциплин.

В настоящее время в отрасли фактически отсутствуют технологии совершенствования процессов управления. Тем более значимой представляется возможность использования стандартов системы менеджмента качества (СМК) применительно к управленческим процессам. Принципы СМК носят универсальный характер и применимы практически ко всем аспектам менеджмента. Системно рассматривая процесс управления лечебно-профилактическим учреждением или в целом здравоохранением на муниципальном, региональном или федеральном уровнях, всегда можно найти его слабые стороны и разработать конкретные предложения по их устранению.

Стандарты серии ИСО-9000 могут быть использованы для совершенствования функций планирования, организации, трудовой мотивации и контроля, связующих управленческих процессов (принятия решений и коммуникаций). Особое внимание должно уделяться качеству информационного обеспечения управления, которое также возможно стандартизировать на основе СМК.

Процессный подход.

Представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Однако на практике его реализация

оказывается не таким простым делом. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе, обратной связи и оптимизации процессов. Эффективный менеджер ищет процессы повсюду. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в стандартах СМК. Все они применимы к процессу управления, в т.ч. планированию, организации, мотивации и контролю, принятию управленческих решений, развитию внешних и внутренних коммуникаций, а также информационному обеспечению управленческих действий.

По своей природе все явления представляют собой динамические процессы. Часть из них протекает произвольно по своим объективным законам, часть подвержена воздействию со стороны человека. Управляемые процессы в здравоохранении распространены достаточно широко. Уже само название одного из основных понятий в здравоохранении – "лечебно-диагностический процесс" – подразумевает применение процессорного подхода в практике оказания медицинской помощи.

Эффективные руководители органов управления и учреждений здравоохранения постоянно стремятся (а главное делают это!) к совершенствованию всех аспектов деятельности своих организаций, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего, приоритетных задач. Они четко представляют себе работу своих организаций как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамических процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности учреждения.

Любая работа, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Чтобы эффективно функционировать, организации должны определять и управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами. Часто выход одного процесса является входом следующего. Систематическая идентификация и менеджмент применяемых процессов и, прежде всего, обеспечения их взаимодействия могут считаться "процессным подходом". Для результативного и эффективного функционирования организация должна определить и осуществлять менеджмент многочисленных взаимосвязанных видов деятельности. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Системный подход.

Один из наиболее старых и в то же время недооцененных подходов к управлению здравоохранением. В его основе лежит теория систем. При системном подходе здравоохранение рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если любая часть системы, особенно такой сложной как здравоохранение, функционирует неэффективно, то она оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на отдельные составляющие ее части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы ее критических составляющих (узкого места), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом. Однако всегда следует помнить, что система не является простой суммой свойств входящих в нее частей, а обладает новыми системными качествами.

Объективная необходимость применения системного подхода определяется увеличением и усложнением внешних и внутренних связей системы здравоохранения, а также динамичностью развития и неопределенностью окружающей социально-экономической среды. В основе традиционного подхода к управлению лежала уверенность в том, что для эффективного руководства достаточно располагать информацией о состоянии здоровья населения и основных влияющих на него факторов, а также материальных, финансовых, кадровых ресурсах отрасли и основных показателях деятельности учреждений здравоохранения.

При системном же подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития, и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей. Таким образом, здравоохранение рассматривается

как единая система, состоящая из отдельных взаимосвязанных подсистем, и как часть системы более высокого уровня, в качестве которой можно рассматривать социально-экономическую систему страны, которая в свою очередь является частью мировой системы.

Интеграционные процессы, глобализация экономики, новые технологии, миграция населения, загрязнение окружающей среды, бедность и низкий уровень развития здравоохранения многих развивающихся стран, войны, национальные и политические конфликты, изменения духовной среды и образа жизни самым непосредственным образом затронули систему российского здравоохранения. В качестве примера можно привести эпидемию СПИДа, занесенного в нашу страну извне.

Одним из направлений системного подхода стала теория ограничений. В соответствии с ней препятствия, которые ограничивают возможности эффективного функционирования практически любой системы можно разделить на две группы.

Во-первых, это узкие места, которые не позволяют увеличить производительность и качество труда на отдельных участках.

Во-вторых, это стереотипы и убеждения в области управления, которые никто не ставит под сомнение (причем именно последние составляют 90-95% общего объема ограничений). Задача руководителя найти узкое место системы и расширить его.

Теория ограничений предлагает сконцентрировать усилия и имеющиеся ресурсы на основных узких местах системы здравоохранения. Их можно найти и в системе формирования общественного здоровья, где различные заболевания имеют различный вес в структуре смертности, инвалидности, потерь трудового потенциала и т.д. Согласно теории ограничений, как только узкое звено перестает быть самым слабым звеном системы, вместо него появится какое-то другое.

Системный подход к управлению здравоохранением является основой интегрирования в одно целое других управленческих теорий. Его практическая реализация требует времени, подготовки соответствующих методических рекомендаций по различным аспектам управленческого труда, включая количественные методы исследования и моделирования систем в здравоохранении, изменения программ обучения, информационного обеспечения управленческого процесса, а главное – перестройки мышления руководителей.

Социальная и когнитивная психология в системе управления здравоохранением

В настоящее время менеджмент как междисциплинарная научно-практическая дисциплина находится в постоянном развитии, впитывая в себя не только практический опыт управления, но и достижения самых различных наук. В последние два десятилетия особое влияние на него оказывает стремительное развитие когнитивной психологии, изучающей механизмы восприятия и переработки информации человеческим мозгом. Мы должны знать, почему принятие управленческих решений не всегда является рациональным процессом. Почему руководители в первую очередь воспринимают и усваивают информацию, подтверждающую их собственные установки, и игнорируют факты им противоречащие. Когнитивная психология дает ответы на эти вопросы.

Чтобы попытаться системно осмыслить процесс принятия управленческих решений и разработать рекомендации по его совершенствованию, необходимо понять когнитивные процессы в сознании руководителя как субъекта управления. Объектом исследования становится сам мыслительный процесс, а не только условия и требования к его осуществлению.

Человеческий фактор является центральным звеном процесса управления. Однако понимание человеческой сущности чрезвычайно сложно и требует определенных профессиональных навыков и знаний. Когнитивная психология позволяет по-новому взглянуть на многие проблемы управления отраслью, в т. ч. повышения трудовой мотивации медицинских работников, их информационного обеспечения, клинического менеджмента, формирования здорового образа жизни. Основной практической задачей применения социально-психологических методов управления является изменение поведения, убеждений, эмоциональной сферы и собственно установок работников. Обычно требуется повысить их заинтересованность в улучшении качества и культуры оказания медицинской помощи, обеспечить общественную поддержку каких-либо преобразований, улучшить морально-психологическую обстановку в трудовом коллективе и т.д. Проведенные в последние годы

исследования трудовой мотивации на основе изучения установок показали, что здесь далеко не все решает материальное стимулирование, мало того, в определенных условиях повышение зарплаты может привести к снижению производительности и качества труда.

Другим важнейшим практическим направлением когнитивной психологии менеджмента является совершенствование мыслительных процессов руководителей, борьба с иллюзорным мышлением, повышение качества и эффективности коммуникаций, в частности информационного обеспечения процесса управления с точки зрения особенностей восприятия и интерпретации данных.

Эффективность управления во многом зависит от набора стереотипов поведения и мышления руководителя, сформированных на основе практического опыта и полученного образования, позволяющих принимать решения быстро, не затрачивая значительных когнитивных ресурсов. При этом постоянно оправдывающая себя схема принятия решения становится все более невосприимчивой к новым фактам и аргументам. Проблема состоит в том, чтобы при изменении ситуации иметь силы и желание отказаться от устаревших установок. Психологи даже ввели термин "ментальное загрязнение" для обозначения нежелательных стереотипов мышления.

Один из основных постулатов когнитивной психологии гласит, что поведение, мысли, эмоции и интенции (намерения) человека зависят не от объективной реальности, а от ее субъективной интерпретации на основе имеющихся установок. Поэтому необходимо понять, как руководители и их подчиненные воспринимают окружающий мир, как их установки влияют на принятие и исполнение управленческих решений, на их поведение, мысли, эмоции, процессы обработки и интерпретации информации.

Руководитель принимает решения с помощью понятийных систем и сложившихся схем мышления, которые он пытается приспособить к окружающей действительности. Человеческий мозг не в состоянии обработать весь поступающий объем информации об окружающем мире. Это заставляет людей прибегать к мыслительным упрощениям – определенным схемам восприятия, обработки, организации и интерпретации информации. Последние в значительной мере определяют, какую информацию мы замечаем, запоминаем и осмысливаем. К сожалению, далеко не всегда эти ментальные структуры адекватны объективной реальности.

Поведение человека, в т. ч. принятие управленческих решений, определяется его прогнозом будущего, а прогноз – интерпретацией информации на основе имеющихся установок. Следует еще раз подчеркнуть – не информацией, а ее интерпретацией. А интерпретация – дело сугубо индивидуальное, основанное на прежнем опыте и особенностях восприятия ситуации. Люди конструируют в своем сознании окружающую действительность. Объективную реальность каждый человек трактует по-разному.

На выбор управленческого решения влияют их прогнозируемые последствия. Если они благоприятны, то определенные решения будут в будущем повторяться с большей вероятностью, т.к. формируется соответствующая установка, которая в свою очередь начинает влиять на процессы восприятия и интерпретации информации.

Когнитивные психологи выделяют два основных вида обработки информации человеком:

1. Автоматическую, отличающуюся неосознанностью, непреднамеренностью, произвольностью и не требующую мыслительных усилий. Люди классифицируют объекты и социальные ситуации на основе имеющихся установок, что позволяет им экономить время и когнитивные ресурсы для быстрого вынесения суждений. Недаром считается, что имеющийся опыт управления и наработанные в процессе трудовой деятельности стереотипы поведения и методы принятия решений являются наиболее значимыми факторами эффективной работы руководителя. Однако подобный эвристический стиль мышления может привести к ошибкам, если исходные установки не соответствуют сложившейся ситуации.

2. Контролируемую, характеризующуюся осознанностью, преднамеренностью, произвольностью и требующую мысленных усилий. Одной из функций контролируемого мышления является контроль результатов автоматической обработки информации, для которой не требуется затрат умственного труда.

Люди в силу объективных и субъективных причин стремятся сознательно и/или неосознанно к экономии своих когнитивных ресурсов, поэтому часто опираются в своих мыслях

и действиях на результаты автоматической обработки информации, не требующей мыслительных усилий. Контролируемая обработка информации возможна лишь при наличии соответствующей мотивации и свободных когнитивных ресурсов.

В сознании и подсознательной сфере человека находится множество самых различных установок, сформировавшихся на основе прошлого жизненного опыта. Причем многие из них не осознаются человеком. Некоторые из них более доступны для осознания и всплывают в нашем сознании под воздействием определенных стимулов, причем сам этот процесс не осознается человеком и носит случайный характер.

Установки направляют когнитивные процессы восприятия и трактовки информации. И еще раз – индивидуальная интерпретация окружающей действительности имеет большее значение, чем объективная реальность. Иначе говоря, люди реагируют не на действительность, а на свою интерпретацию этой действительности. Вынося свои суждения, они часто пользуются стереотипами, которые легко извлекаются из памяти и способствуют упрощенному эвристическому мышлению. В зависимости от обстоятельств реакция на социальные раздражители может варьировать от тщательно продуманных до почти бездумных действий в случае активизации уже имеющихся установок или в условиях когнитивной перегрузки.

Процессы формирования установок человеком не осознаются. В его сознании возникают только результаты мышления. А поскольку человек не осознает процесс формирования собственных установок, ему трудно объяснить подлинные причины своих суждений, принятых решений и поведения. Часть из них лежит в сфере неосознанного. Тем не менее у людей всегда находятся объяснения своего поведения и убеждений. Иногда они соответствуют действительности, но чаще всего нет. Рациональные объяснения могут упускать из виду установки на инстинктивном уровне, оказывающие значительное влияние на поведение человека.

Принятие управленческих решений, как и поведение человека в целом, определяется ситуационными факторами (окружающей средой) и внутренними факторами (установочной системой). Действие установок усиливается, если они субъективно значимы для индивидуума, четко сформулированы, имеют мощную когнитивную основу, эмоционально окрашены. Действие внешних (ситуационных) факторов сильнее в случае отсутствия четких и ясных установок или в процессе их формирования. Следует учитывать, что поведение человека зависит от ситуационных (иногда трудно замечаемых) факторов гораздо сильнее, чем мы себе представляем.

Что думают руководители, что они чувствуют и как действуют под влиянием различных социальных ситуаций, как сами влияют на подчиненных и относятся к ним, как интерпретируют информацию и прогнозируют будущее, наконец, как принимают управленческие решения – ответы на эти и многие другие вопросы практического менеджмента когнитивная психология может дать уже сегодня. К сожалению, из-за недостаточной информированности и низкого уровня психологической подготовки руководителей современные социально-психологические методы до сих пор остаются невостребованными.

Заключение

Рассмотренные в статье современные подходы к управлению здравоохранением определяют потребность в соответствующих специалистах. Системный и процессорный подходы, социальная и когнитивная психология, математические методы на основе современных информационных технологий должны стать важнейшими направлениями их подготовки. Формирование соответствующих профессиональных навыков и знаний у медицинских работников, прежде всего у руководителей здравоохранения, способно реально повысить эффективность и качество медицинского обслуживания.

Порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 21-25.

С 1 февраля 2021 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 07.09.2020 N 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов». То, о чем долго говорили, входит в нашу повседневную жизнь.

I. Общие положения.

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов и распространяется на медицинских работников, фармацевтические организации, фармацевтических работников, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, операторов информационных систем, с использованием которых осуществляется ведение медицинской документации в форме электронных документов, пациентов, органы или организации, которым в соответствии с законодательством Российской Федерации может предоставляться доступ к медицинской документации, а также на медицинские организации в случае принятия ими решения о ведении медицинской документации в форме электронных медицинских документов.

2. Ведение медицинской документации осуществляется в форме электронных документов (далее – электронный медицинский документ) без дублирования на бумажном носителе в случае отсутствия заявления пациента (его законного представителя), составленного в простой письменной форме, о ведении его медицинской документации в бумажном виде и при условии выполнения требований, установленных главами II - VI настоящего Порядка.

3. Ведение медицинской документации в форме электронных медицинских документов включает формирование, подписание и хранение электронных медицинских документов, их регистрацию в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (далее – Единая система), предоставление доступа к медицинской документации, ведение которой осуществляется в форме электронных медицинских документов.

4. В случае принятия медицинской организацией решения о ведении медицинской документации в форме электронных медицинских документов полностью или частично в медицинской организации локальным актом руководителя медицинской организации устанавливается:

а) перечень форм и видов электронных медицинских документов, включая медицинские документы, формы которых утверждены нормативными правовыми актами, а также иные документы, создаваемые в ходе оказания медицинской помощи, включая медицинские документы, формы которых не утверждены или которые ведутся в произвольной форме;

б) перечень используемых медицинской организацией для формирования и хранения электронных медицинских документов, а также для предоставления доступа к электронным медицинским документам, медицинских информационных систем, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации и (или) информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг;

в) порядок доступа медицинских работников и иных лиц к электронным медицинским документам;

г) порядок определения лиц, имеющих право подписывать электронные медицинские документы от имени медицинской организации, и подписания ими электронных медицинских документов;

д) порядок предоставления медицинской документации, необходимой для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в территориальный фонд ОМС, страховую медицинскую организацию.

II. Формирование электронного медицинского документа.

5. Электронный медицинский документ формируется медицинским работником или фармацевтическим работником с использованием медицинской информационной системы медицинской организации, информационной системы фармацевтической организации,

государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, информационной системы, предназначенной для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, или федеральной государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

6. При организации электронного документооборота должны соблюдаться требования, установленные Правилами взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями, утвержденными постановлением Правительства РФ от 12.04.2018 N 447, а также Требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций, утвержденные приказом Минздрава России от 24.12.2018 N91н.

7. В случае если федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона N 323-ФЗ утверждена форма первичной медицинской документации, соответствующая формируемому электронному медицинскому документу, то данный документ должен иметь структуру, реквизиты и содержание, которые соответствуют утвержденной форме первичной медицинской документации.

8. Допускается изменение внешнего вида, взаимного расположения полей и других элементов оформления электронного медицинского документа относительно утвержденной формы медицинского документа на бумажном носителе с целью его корректного отображения при формировании в форме электронного документа, а также добавление дополнительных структурных элементов (в том числе штриховые коды, включая ОК-коды), не меняющих состав информации утвержденной формы медицинского документа и предназначенных для использования электронного медицинского документа информационными системами при сохранении содержания документа.

III. Подписание электронного медицинского документа.

9. Электронный медицинский документ подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника, сформировавшего документ, за исключением случаев, указанных в пункте 12 настоящего Порядка.

10. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, история развития ребенка, индивидуальная карта беременной и родильницы, медицинская карта стационарного больного, история родов, история развития новорожденного, ведение которых осуществляется с использованием информационных систем, указанных в пункте 5 настоящего Порядка, предусматривает совокупность электронных медицинских документов в отношении конкретного пациента, формируемых медицинским работником (медицинскими работниками) и подписываемых с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, а также сведений и информации о состоянии здоровья пациента (далее – электронные медицинские записи). При участии в формировании медицинского документа нескольких медицинских работников, каждый из медицинских работников подписывает такой медицинский документ своей усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с пунктом 4 настоящего Порядка.

11. Электронный медицинский документ помимо усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника должен быть подписан усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного руководителем медицинской организации действовать от имени медицинской организации (далее – электронная подпись), в случае если соответствующий медицинский документ на бумажном носителе подлежит заверению печатью медицинской организации.

12. Электронные медицинские записи оформляются с использованием любого вида электронной подписи в случае, если они соответствуют одному или нескольким из следующих условий:

- а) формируются в ходе оказания медицинской помощи без оформления медицинского документа;
- б) содержатся в журналах, которые формируются на основе электронных медицинских документов;
- в) предназначены для организации взаимодействия с другими информационными системами;
- г) порядок ведения их аналогов на бумажных носителях не требует подписи медицинского работника и (или) печати медицинской организации.

Медицинские записи, полученные в автоматическом режиме в результате применения медицинских изделий, допущенных к обращению, не требуют подписания электронной подписью медицинского работника.

13. Электронные подписи должны соответствовать электронным подписям в СМ8- формате.

14. Медицинская организация, осуществляющая ведение документооборота в сфере охраны здоровья в форме электронных документов, должна быть зарегистрирована в Федеральном реестре медицинских организаций Единой системы, сведения о медицинских работниках указанной медицинской организации, которые формируют и подписывают электронные медицинские документы, должны быть внесены в Федеральный регистр медицинских работников Единой системы.

IV. Регистрация электронного документа в федеральном реестре электронных медицинских документов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

15. Электронные медицинские документы, регистрация которых предусмотрена в Федеральном реестре электронных медицинских документов Единой системы (далее соответственно – РЭМД), подлежат регистрации в РЭМД в течение одного рабочего дня со дня их формирования.

16. Электронный медицинский документ направляется на регистрацию в РЭМД с использованием информационных систем, указанных в пункте 5 настоящего Порядка.

17. В случае внесения исправлений в электронный медицинский документ создается новая версия электронного медицинского документа, подписанного электронной подписью, которая подлежит регистрации в РЭМД как новая версия электронного медицинского документа.

18. Регистрация электронного медицинского документа в РЭМД обеспечивает подтверждение факта формирования электронного медицинского документа, наличие достоверной информации о дате и времени его регистрации, отсутствие изменений в нем на протяжении всего срока хранения с момента регистрации сведений об электронном медицинском документе.

V. Хранение электронных медицинских документов.

19. С использованием информационных систем обеспечивается хранение электронных медицинских документов, предусматривая резервное копирование таких документов и электронных подписей в составе их метаданных, восстановление электронных медицинских документов и их метаданных из резервных копий, а также протоколирование и сохранение сведений о предоставлении доступа и о других операциях с электронными медицинскими документами и метаданными, автоматизированное ведение электронных журналов учета точного времени и фактов размещения, изменения и удаления информации, содержания вносимых изменений.

20. Электронные медицинские документы хранятся в информационной системе, которая используется для формирования электронного медицинского документа, не менее срока хранения соответствующих медицинских документов на бумажном носителе.

21. В случае внесения исправлений в электронный медицинский документ информационная система в сфере здравоохранения должно обеспечиваться хранение всех версий

электронного медицинского документа, а также их подписей в составе метаданных версий электронного медицинского документа, на протяжении всего срока хранения электронного медицинского документа.

22. По запросу, поступившему из РЭМД, электронный медицинский документ должен быть передан в РЭМД.

23. При переводе медицинского документа, оформленного ранее на бумажном носителе или предоставленного гражданином на бумажном носителе, в электронную форму медицинский работник или уполномоченный сотрудник медицинской организации должен отсканировать медицинский документ и зарегистрировать его с помощью информационной системы, используемой в медицинской организации для ведения медицинской документации в форме электронных медицинских документов, с указанием реквизитов медицинского документа, включая его наименование, дату формирования, медицинскую организацию, в которой медицинский документ был создан, а также обеспечивает подписание, хранение и предоставление медицинского документа в соответствии с положениями настоящего Порядка.

VI. Выдача документов на бумажном носителе, подтверждающих содержание электронных медицинских документов.

24. В случае, если законодательством Российской Федерации или договором оказания платных медицинских услуг предусмотрено представление медицинской документации пациенту (его законному представителю)¹ или в государственный орган на бумажном носителе, медицинская организация обязана по запросу пациента (его законного представителя) или государственного органа за свой счет изготавливать документ на бумажном носителе, подтверждающий содержание электронного медицинского документа (далее - бумажная копия электронного медицинского документа).

25. При личном обращении пациента (его законного представителя) в медицинскую организацию с запросом, предусмотренным пунктом 24 настоящего Порядка, бумажная копия электронного медицинского документа предоставляется ему в день обращения, а при представлении пациентом (его законным представителем) указанного запроса в медицинскую организацию по почте либо в форме электронного документа – в соответствии с порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона N 323-ФЗ.

Бумажная копия электронного медицинского документа предоставляется государственному органу в течение 10 дней со дня получения соответствующего запроса, если нормативными правовыми актами не установлены иные сроки предоставления документов (их копий) по запросу соответствующего государственного органа.

26. В бумажной копии электронного медицинского документа не допускается внесение рукописных изменений, бумажная копия электронного медицинского документа должна соответствовать требованиям пунктов 28-30 настоящего Порядка.

27. Соответствие бумажной копии электронного медицинского документа оригиналу должно быть удостоверено подписью уполномоченного сотрудника медицинской организации.

VII. Визуализация электронного медицинского документа

28. Образ электронного медицинского документа должен содержать:

а) наименование медицинской организации и ее адрес в пределах места нахождения;

б) персональные данные гражданина, являющегося получателем медицинской услуги, включая фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, место жительства;

в) текст электронного медицинского документа;

г) дату составления электронного медицинского документа;

д) наименование должности лица (лиц), ответственного (ответственных) за формирование электронного медицинского документа;

е) сведения об электронной подписи, которой был подписан электронный медицинский документ (отметка об электронной подписи).

29. Информация о подписании электронного медицинского документа электронной подписью должна содержать текст "ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ" и должна быть расположена в верхней части отметки об электронной подписи и выравнена горизонтально по центру области.

Сведения о сертификате ключа проверки электронной подписи, использованном при подписании, должны располагаться в нижней части отметки об электронной подписи и содержать следующие элементы:

- а) номер сертификата ключа проверки электронной подписи;
- б) данные владельца сертификата ключа проверки электронной подписи;
- в) срок действия сертификата ключа проверки электронной подписи;
- г) наименование медицинской организации.

30. Элементы сведений о сертификате ключа проверки электронной подписи, использованном при подписании документа, должны располагаться на отдельных строках друг под другом.

Элемент "Номер сертификата ключа проверки электронной подписи" должен содержать текст "Сертификат" и номер сертификата электронной подписи, использованного при подписании документа.

Элемент "Владелец сертификата ключа проверки электронной подписи" должен содержать текст "Владелец", фамилию, имя и отчество (при наличии) владельца сертификата электронной подписи либо наименование, место нахождения и основной государственный регистрационный номер юридического лица, в случае если владельцем сертификата электронной подписи является юридическое лицо.

Элемент "Срок действия сертификата ключа проверки электронной подписи" должен содержать текст "Действителен с", дату начала действия сертификата электронной подписи, текст "по" и дату окончания действия сертификата.

Клиентоориентированность в медицине: современный взгляд на проблему / Ю. А. Ульянов, Э. Н. Мингазова, Э. М. Зарипова, Р. Н. Мингазов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 2. – С. 40-44.

Термин «клиентоориентированность» все чаще используется в медицине, соответственно такие понятия как медицинская услуга, клиент, прибыль, стали неразрывными синтагматическими составляющими деятельности отрасли в современный период ее развития.

Что предоставляют современные медицинские организации – помощь или услугу? Кем становится обратившийся – пациентом или клиентом? Возможен ли переход от государственной к частной медицине и обратно в плане формирования понимания механизмов достижения удовлетворенности пациента/клиента оказанной медицинской помощью? Обязательно ли задействование в государственных медицинских организациях различных маркетинговых «ходов» или это только прерогатива частного сектора здравоохранения?

Определение «клиентоориентированность» (КО) ввел Л. Берри как «завоевание клиентов, поддержание и укрепление взаимоотношений с ними». Более полно охарактеризовал КО Б. Рыжковский: как «инструмент маркетинга, используемый для управления взаимоотношениями с клиентами, главной целью которого является получение устойчивой прибыли в долгосрочном периоде с помощью глубокого понимания и удовлетворения нужд и потребностей клиентов». КО основывается на трех критериях: ключевая компетенция, целевые клиенты, равенство позиций. Ключевая компетенция включает в себя способы достижения результатов, обеспечивающих конкурентное преимущество компании либо организации. К целевым клиентам относят лиц, приносящих компании/организации наибольшую прибыль. Равенство позиций – стратегическая линия работы компании/организации, в которой клиент рассматривается ее партнером, образуются взаимоотношения в «связке» организация-клиент, что обеспечивает состояние полной удовлетворенности клиента полученной услугой.

Опыт современных частных медицинских организаций может служить хорошим ориентиром для государственного сектора здравоохранения. Известно, что, по определению,

маркетинг – это деятельность, направленная на удовлетворение рыночных потребностей с целью извлечения прибыли. Вопросы прибыли, ее стабильность, заинтересованность в ней организаций разных форм собственности не вызывает сомнения.

Через платные услуги и полисы ДМС, а также обслуживание полисов ОМС частной системы здравоохранения подходы клиентоориентированного маркетинга и стратегические принципы его развития задействованы с предоставлением населению возможности воспользоваться правом свободного выбора организации, предоставляющей медицинскую помощь в рамках программы обязательного медицинского страхования (или правом выбора врача, что в большей степени, относится к первичному звену здравоохранения). И здесь не последнюю роль играют вопросы подбора медицинских кадров организации, их обучения, приобретения специалистами компетенций, позволяющих самим медицинским организациям стать высококонкурентноспособными. Возникает необходимость дополнить положения, определяющие структурные показатели эффективного контракта позициями клиентоориентированности медицинского персонала.

Приведем понятийные сегменты процесса содействия человеку в получении медицинской помощи. Пациент – это лицо, которому оказывают помощь. А клиент – лицо, использующее услуги компании, фирмы, постоянный покупатель или заказчик. В первом случае «лицо» (страдающее) в большинстве своем обратится в государственную организацию, а во втором – заказчиком услуг в частную организацию (клиент). Под медицинской услугой понимают медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение, а под медицинской помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Таким образом, понятие «медицинская помощь» шире понятия «медицинская услуга», где первое понятие «включается» во второе, как законченный самостоятельный случай в различных вариативных сочетаниях. В то же время представленные определения не носят принципиально/кардинально различный характер, а лишь конкретизируют их; суть остается одна: «избавить обратившееся в медицинское учреждение лицо от проблем медицинского характера, которые его беспокоят». И это позволяет медицинским организациям различных форм собственности использовать маркетинговые подходы самого широкого спектра для достижения удовлетворенности пациентов/клиентов оказанной им медицинской помощью. Тем не менее, для «чистоты» рассматриваемого вопроса, в дальнейшем его представлении, будем «обращаться» к частному сектору здравоохранения, как структуре, наиболее обусловлено задействовавшей в своей деятельности «маркетинговое поле».

Выделим основные компоненты, которые, с нашей точки зрения, наиболее полно характеризуют эффективность работы медицинской организации в ее клиентоориентированной политике. К ним относится, в первую очередь, информационная составляющая (формирование информационного поля организации) – действенное привлечение клиентов через различные структуры социального пространства: это СМИ широкого охвата; социальные сети в многообразии возможностей их использования (исследования показывают, что 80% клиентов получает информацию об организации по оказанию медицинской помощи через Интернет, что делает этот информационный сегмент наиболее «привлекательным»); это рекламный контент в «его первоначальном виде» – уличная, транспортная реклама и пр. Это самый первый вид привлечения клиента. Далее необходимо назвать так называемый «сектор удержания» клиента, который достаточно многогранен. Отметим два его основных структурных компонента. Первое – это применение в работе организации различных инновационных технологий. Вторым структурным звеном является высокий профессионализм сотрудников – развитие профессиональных компетенций сотрудников, а также формирование у них состояния стабильности и защищенности в рамках профессиональной деятельности.

Таким образом, рассмотренные позиции позволяют «символично» сформировать наглядную модель успешной клиентоориентированной маркетинговой деятельности в рамках организации, составляющую аббревиатуру ИИС - Информация, Инновации, Сотрудники. Изучение опыта деятельности ведущих организаций по оказанию медицинской помощи в аспекте рассматриваемых вопросов позволяет отметить успешность реализации в их практической

деятельности всех составляющих ИИС. Единое «пространственное поле» взаимодействия трех компонентов – ИИС, их взаимообуславливающая, взаимозависимая друг от друга деятельность, определяющая успешность/эффективность работы организации, выражается процентом постоянных клиентов, которые привлекут в клинику других клиентов, так называемый «сарафанный маркетинг».

Уточним, что важным психологическим условием для формирования устойчивой клиентской базы является сервисная составляющая организации: дизайн интерьеров помещения, внешний вид персонала, грамотно и слаженно организованная работа call-центров и пр. Именно call-центры первыми осуществляют контакт с клиентами и от того, как будет формироваться коммуникативное взаимодействие между ними, в первую очередь, будет зависеть приток первичных клиентов в организацию и удержание постоянных.

Если конкретизировать обобщенную стратегию организации по формированию клиентоориентированной политики в ней, то исследователями предлагается выстроить ее на стратегической матрице ряда позиций. Обозначим наиболее знаковые из них: идеология организации, организационно-управленческие инициативы, формирование бизнес-стратегии организации. Значимость имеют вопросы, касающиеся непосредственно сотрудников организаций: их образования (процесс непрерывного обучения); возможность зарубежных стажировок; возможность приобретения навыков работы на новейшем оборудовании с использованием передовых технологий и др. Важным вопросом является фактор приобретения лояльности сотрудников к организации посредством использования различных программ социальной поддержки, удовлетворения других потребностей, выявленных в процессе мониторинга их отношения к работе в данной организации. Значимо предложение формирования линии (канала), направленной на создание обратной связи в организации, так называемой «двухисточниковой связи»: от пациентов и от ее сотрудников. Полученная информация в виде мониторингового анкетирования позволит оперативно решать поставленные вопросы по развитию стратегии бизнес-процессов в организации, направленных на получение двумя субъектами, формирующими деятельность организации – пациентами и сотрудниками, состояния удовлетворенности от полученной помощи с одной стороны и удовлетворенности от работы в данной организации – с другой.

Вместе с тем, одним из самых важных показателей КО является рост такого показателя, как NPS – Net Promoter Score, который определяется как индекс потребительской лояльности. Этот показатель определяет «преданность, солидарность» клиента/пациента данной организации, а также расположенность/готовность клиента прорекламировать эту организацию для обращения за медицинской услугой для других лиц (потенциальных клиентов). Таким образом формируется/накапливается клиентская база организации, способствуя при этом не только увеличению прибыли, но и выступая в качестве своеобразной «PP- компании», что тоже работает в «плюс» проводимой политике и развитию на перспективу. Для определения индекса NPS обычно задают несколько вопросов (2 или 3, оценка в баллах), которые направлены на выявление расположенности клиента данному учреждению и его желанию рекомендовать его своим друзьям и знакомым.

Важное практическое значение имеет разработка и внедрение в деятельность организации понятия «клиентский сервис». В рамках формирования бизнес-консультационного проекта с целью развития клиентского сервиса необходимо учитывать и практически применять ряд определенных позиционных принципов, исходя из определения самого понятия. По мнению Кобзевой В. В. клиентский сервис (КС) можно охарактеризовать как синтез научных подходов, взятых из таких дисциплин, как маркетинг услуг; наука о поведении потребителей; менеджмент и собственно управление персоналом. КС – это совокупность услуг и обслуживания. Применительно к медицине: услуга – это деятельность сотрудников для клиентов/пациентов, а обслуживание – это отношение к клиентам и поведение, которое показывают/осуществляют сотрудники при предоставлении этой услуги.

Отдельной координатой стоит достаточно новая позиция – проактивность, позволяющая раскрывать возможность сотрудников предусмотреть те моменты, которые могут возникнуть у клиента в процессе получения им услуги, и, соответственно, нивелировать сложные моменты и

случаи, которые могут произойти. Все это требует, безусловно, приобретения сотрудниками определенных профессиональных навыков.

Важным является реализация в повседневной деятельности организации со стороны руководства такого понятия, как «сотрудникоориентирование»: сначала должны быть удовлетворены результатами своей деятельности сотрудники, а затем удовлетворены результатами оказанной помощи клиенты/ пациенты. Только будучи в состоянии сбалансированного комфорта от слагаемых своей профессиональной составляющей (материальное вознаграждение, возможность профессионального роста, благоприятный психологический климат в коллективе и др.) сотрудники могут создавать для клиентов условия наибольшего благополучия.

Отдельной строкой, достаточно мало отмеченной в литературе, и относящейся к созданию благоприятной клиентоориентированной направленности в деятельности организации, стоит вопрос о так называемых корректных продажах медицинских услуг. Это достаточно деликатный (в плане этики и профессионализма) вопрос как для администрации организации, так, собственно, и самого врача, для которого навязывание дополнительных услуг клиенту, «ненужных» лекарственных средств, процедур и прочее всегда является дополнительным стрессовым фактором, негативно влияющим, в конечном итоге, на его профессиональную удовлетворенность. Это связано, прежде всего, с расхождением восприятия внутренним миром врача гуманной сути профессии, направленной, прежде всего, на благо человека и правдивость своих манипуляций и рекомендаций в противовес к принуждению пациента выполнять «ненужные» процедуры и пр., с целью получения организацией дополнительных дивидендов. Необходимо понимать, что такие действия вредят общественной оценке деятельности организации, в конечном итоге, наносят ей значительный репутационный урон, в немалой степени способствуя оттоку клиентов.

С позиций «классического примера эталонного стиля КО», знаковым информационным поводом проведения грамотной/эффективной клиентоориентированной политики в медицинской организации, могут служить прошедшие испытание временем убедительные успехи деятельности зарубежных клиник в этом направлении. Отметим, что это хорошо выверенная на протяжении долгого времени политика по отношению к клиентам передается от одного сотрудника к другому, создавая положительный резонанс восприятия ее деятельности и притока на постоянной основе новых клиентов.

Проведенный анализ сформированных научных подходов и их практической реализации в области достижения удовлетворенности населением оказанной медицинской помощи на примере клиентоориентированного направления в медицине показывает многовекторность развития данного курса, объединение разнородных научных «платформ» (маркетинга, менеджмента, психологии, социологии, информационного контента и пр.) в решении стоящих задач; многоступенчатость поисковых путей в достижении заявленных результатов. Все сказанное позволяет рекомендовать научному сообществу шире изучать и внедрять в практическое здравоохранение инновационные подходы в области формирования доверительного отношения населения к системе здравоохранения, активно задействовав при этом принцип интеграции различных научных дисциплин.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Революция: от обезьяны к человеку : [впервые проводится эксперимент, благодаря которому в будущем удастся использовать новую методику лечения самых тяжелых форм рака] // Российская газета. – 2021. – 29 марта (№65). – С. 4.

Решение было однозначным – надо лететь к приматам, надо видеть своими глазами чудо рождения нового уникального метода лечения опухолей головного мозга. И это великое везение, что такая возможность есть.

Злокачественные опухоли уносят миллионы жизней, уступая в этой удручающей статистике лишь болезням сердца и сосудов. Есть разные, принятые в мире способы спасения: хирургические, лучевые, химиотерапия. И приходит, как принято говорить, положительный результат. Однако когда это касается опухолей мозга...

В России в год такой диагноз ставится у 34 тысяч человек. Это всего лишь 2 процента от всех первичных опухолей. Но... Именно они относятся к наиболее тяжелым по последствиям, потому как вызывают прогрессирующие расстройства, приводящие к смерти. Как подступить к ним хирургу? Как лучу не повредить соседние ткани? Как мощнейший, убивающий опухоль препарат не затронет, не убьет «заодно» и здоровый орган? Доступ к мозгу... Только к нему! Исключительно к нему.

Это теперь Андрей Каприн говорит: «Мы готовы к клиническим испытаниям уникальной методики – изолированной химиоперфузии головного мозга». Теперь, в конце марта. А сперва была долгая теоретическая подготовка. Затем серия экспериментальных уникальных операций, в которых задействовано двенадцать приматов.

Все как положено: от теории к практике. С одним уточнением: раньше фактически не было ни такой теории, ни такой практики. Сие сотворено впервые в мире группой российских специалистов. И очень важно: это случай удивительного единения самых маститых – академиков Андрея Каприна, Владимира Порханова (напомню, Андрей Дмитриевич возглавляет Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, он главный внештатный онколог Минздрава России, Владимир Алексеевич – Герой труда России, руководитель Краснодарской краевой клинической больницы имени Очаповского) и тех, кто без таких громких званий, регалий, должностей.

Почему важно об этом сказать? Да потому что, увы, нередко маститые не торопятся пропустить вперед молодых. Но это не наш случай. Спрашиваю Каприна: «Кто будет оперировать?» Ответ: «Оперировать будет Ефимочкин». «Не знаешь, кто такой Ефимочкин? – возмущается Порханов. – Это же блестящий детский кардиохирург из нашей больницы. Георгий Алексеевич его зовут».

Потом, когда стою у операционного стола, на котором 12-летний примат, когда не могу оторвать глаз от рук Ефимочкина, когда слушаю его объяснения... Вот он показывает мне стент диаметром в доли миллиметра, который он навечно поселил в один из сосудов примата, когда вижу с какой точностью он вводит в стент тончайший инструмент... Иногда работу хирургов сравнивают с ювелирным мастерством. Наверное, можно и так, если не видеть движений кардиохирурга Ефимочкина, колдующего рядом главного врача Костромского онкодиспансера Владимира Унгурия...

Эксперимент начался в феврале нынешнего года в НИИ медицинской приматологии. Первую операцию провела мультидисциплинарная бригада из 30 врачей под руководством академиков РАН Андрея Каприна и Владимира Порханова. Эксперимент поддерживают Минздрав России и лично министр Михаил Мурашко, Минобрнауки России и Российская академия наук. Что важно чрезвычайно: в перспективе метод может быть применен для пациентов со злокачественными новообразованиями головного мозга.

Специалисты апробировали хирургический метод подведения химиопрепарата к опухоли. Он отличается наименьшей травматичностью и снижением риска осложнений во время и после операции. К тому же во время операции идет нейромониторинг «пациента» – павиана-гамадрила. То есть оценивается его состояние во время процедуры, сохранность центральной нервной системы.

Химиоперфузия позволяет подводить противоопухолевые препараты непосредственно к месту локализации опухоли. И значит, можно не только повысить их дозу, но, главное, оградить от негативного их воздействия остальной организм.

Суть методики – подведение концентрированного химиопрепарата непосредственно к опухоли головного мозга. При этом во время перфузии головной мозг снабжается кровью отдельно от тела. Эту функцию выполняет аппарат искусственного кровообращения. На этом этапе к органу доставляются концентрированные дозы химиопрепарата, губительные для опухоли, но безопасные для самого органа. После измерения уровня токсичности препарата в

крови и снижения его до допустимой нормы, орган вновь подключается к общей системе кровообращения.

Первоочередная задача доклинических испытаний – отработка техники исполнения операции, которая бы принесла наименьший вред здоровым тканям и органам пациента. Специалисты единогласно выступили за гибридный метод, при котором через небольшие разрезы создается искусственный доступ к сосудам для установки сосудистых клапанов, обеспечивающих возможность проведения нескольких курсов химиотерапии.

Впереди еще несколько серий операций на приматах, а затем клинические испытания уникальной методики – изолированной химиоперфузии головного мозга. Будут разработаны протоколы лечения.

Дмитренко, О. Компьютер услышит : [слух поможет вернуть виртуальная реальность] // Здравоохранение: приложение к «Российской газете». – 2021. – 17 марта (№55). – С. А6.

Уникальный комплекс с элементами виртуальной реальности для диагностики заболеваний уха и тренировки слуха разработали в Самарском государственном медицинском университете (СамГМУ). Сейчас медики проводят его клинические исследования.

Аналогов комплексу, как утверждают разработчики, нет. Он представляет собой персональный компьютер или ноутбук, звуковую систему (адаптер и восемь аудиомониторов) и очки виртуальной реальности.

– Наша разработка состоит из восьмиканальной системы воспроизведения звука, – говорит руководитель К&Б центра Института инновационного развития СамГМУ Сергей Ровнов. – Она позволяет выдавать звуковые стимулы из любой точки пространства. Благодаря этому человек может точно определить, откуда исходит звук в виртуальном пространстве, в котором он находится. Это позволяет диагностировать слуховые нарушения и реабилитировать пациента.

Заведующая клиникой и кафедрой оториноларингологии СамГМУ Татьяна Владимирова пояснила:

– У человека традиционно исследуют восприятие определенных частот, которые подаются через наушники в правое и левое ухо. Так определяют, слышит пациент этот звук или нет. Но есть такое понятие, как речевой слух – если он страдает, это способствует прогрессированию нарушений слуховой функции и развитию когнитивных дефицитов (ухудшению мыслительных процессов, памяти и т.п.) особенно у пожилых людей.

В то же время такая частая проблема, как нарушение ориентации в пространстве, часто бывает связана с тем, что слух изменяется не симметрично – одним ухом человек слышит хуже, чем другим, так возникает дезориентация.

Самарские ученые разработали четыре варианта виртуальной реальности, которые максимально удобно и быстро помогают пользователю погрузиться в виртуальную среду. Также с помощью комплекса медики могут не просто подобрать для пациента слуховой аппарат по степени тугоухости, но сделать это более индивидуально с помощью виртуальной реальности, воссоздающей условия, с которыми человек сталкивается в реальном мире.

– Обычно пациент надевает слуховой аппарат и ходит с ним какое-то время, а затем приходит к врачу и рассказывает о своих ощущениях – какой звук вызывал у него раздражение, какой был комфортнее, и т.д. – Мы сразу стараемся настроить аппарат в зависимости от ситуаций, в которых чаще всего он находится. Например, кто-то в основном проводит время дома, а другой часто ходит на концерты.

Граф, Н. Защита для Леры : [проведена уникальная операция девочке с хрустальной болезнью] // Российская газета. – 2021. – 16 апр. (№ 82). – С. 9.

Впервые в России хирурги установили пятилетней пациентке с редким генетическим заболеванием телескопические стержни сразу с двух сторон, на два бедра. Конструкции,

созданные сибирскими учеными по новым технологиям, защитят ребенка от возможных переломов и деформаций.

У маленькой Леры диагностирован несовершенный остеогенез, который еще называют хрустальной болезнью из-за хрупкости костей. Ребенок также страдает от тяжелой варусной деформации бедренных костей. Из-за этого малышка хромала, испытывала боль при ходьбе и со временем могла вовсе перестать ходить. Невероятно, но факт: в первый год рождения она ломала кости десять (!) раз.

– В октябре 2020 года хирурги ННИИТО провели девочке первую операцию, которая помогла исправить ось конечности, деформированную после предшествующих переломов, – рассказали «РГ» в Новосибирском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии.

Затем врачи отправились к коллегам в Курган в Центр Илизарова, чтобы изучить новые конструкции – телескопические стержни отечественного производства. Они работают по принципу телескопа и удлиняются по мере роста ребенка.

– Первоначально подобные растущие конструкции были предложены в Европе в середине XX века, затем их улучшили канадцы, а в России по инициативе Центра Илизарова их разработали в 2017 году специалисты из Томска, – отмечают в ННИИТО.

В отличие от зарубежных аналогов стержни изготовлены не из стали, а из титана со специальным покрытием.

– Стержни обработаны ротационно-ковочным способом, что резко повышает их общую жесткость и улучшает гладкость поверхности. Это биологически инертный материал, и он абсолютно не ограничивает последующие процедуры, связанные, например, с выполнением МРТ или физиопроцедуры с магнитными полями, – объясняет известный российский травматолог-ортопед, профессор РАН Дмитрий Попков, специально прилетевший в Новосибирск на эту операцию.

Новосибирские хирурги и врачи Центра Илизарова оперировали пациентку около двух с половиной часов. Помимо установки конструкций девочке была выполнена двойная остеотомия бедра для того, чтобы исправить грубую деформацию бедренной кости справа. Хирургическое вмешательство прошло успешно.

Сегодня Лера чувствует себя хорошо и больше не испытывает постоянной боли. Установленные конструкции дадут ребенку шанс более безопасно и свободно передвигаться. Врачи уверяют, что в ближайшее время девочка сможет самостоятельно ходить и исполнить свою мечту – петь на сцене.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Мартыненко, Т. С. Болезни образа жизни: здоровье человека в современном городе // Вестник РУДН. Социология. – 2021. – Т. 21, № 1. – С. 18-35.

В статье представлен обзор исследований, посвященных факторам, которые влияют на здоровье человека в современном городе. Увеличение численности городского населения обуславливает необходимость анализа факторов (экологических, социальных и др.) и особенностей городского устройства с точки зрения их влияния на качество и уровень жизни. При этом оценки города в контексте изучения здорового образа жизни весьма противоречивы. С одной стороны, исследователи подчеркивают доступность медицинской помощи, эффективную борьбу с инфекционными заболеваниями, многочисленные попытки преобразования визуального городского пространства. С другой стороны, отмечают пространственное неравенство городского устройства (например, в доступе к качественной медицине), распространение в городах неинфекционных заболеваний и болезней образа жизни, разрушение социальных связей и проблему одиночества. В связи с этим представляется необходимой систематизация существующих исследований, выявление основных рисков городского образа жизни и обсуждение роли социальных наук в этих междисциплинарных исследованиях. В основу

типологии исследований здоровья человека в современном городе было положено обоснованное Ю. П. Лисицыным соотношение факторов, определяющих уровень здоровья. Проведенный анализ показал, что, хотя многие исследования претендуют на комплексный подход, чаще всего их можно отнести к одному из трех направлений: рассматривающие санитарно-гигиенические особенности городского пространства (или медицинские аспекты); фокусирующиеся на экологии и архитектуре городского пространства; исследования, в центре внимания которых находятся социальные и психологические особенности городского образа жизни в контексте здоровья человека. Систематизация основных рисков городского образа жизни позволяет обозначить наиболее приоритетные направления его изучения. Так, на основе анализа особенностей распространения пандемии COVID-19 в городах делается вывод о необходимости более активного участия социологов в обсуждении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний – с точки зрения социальных факторов их распространения, протекания, профилактики и борьбы с ними

Здоровье человека в городе как предмет междисциплинарного анализа.

Одной из актуальных тематик современных наук являются особенности образа жизни и их влияние на здоровье человека. При всем многообразии вопросов, связанных со здоровьем человека, особое место сегодня занимают проблемы городского образа жизни, поскольку города – это пространства, в которых концентрируются основные человеческие, экономические и иные ресурсы. По данным ООН, число городских жителей сегодня не только превышает количество сельских, но и продолжает увеличиваться, обещая достигнуть к 2050 году отметки в 68%. Вместе с ростом городов будут актуализироваться социальные проблемы, связанные с болезнями, которые обусловлены городским образом жизни и особенностями устройства городов. При этом современные исследования здоровья человека, в том числе посвященные вопросам долголетия и качества жизни в пожилом возрасте, демонстрируют, что лучшие с этой точки зрения места жизни имеют мало общего с городским пространством. Кроме того, в связи с ростом городского населения неудивительно, что вопросы здоровья человека в городе поднимаются не только учеными, но и политиками. Так, Московский урбанистический форум 2019 года был полностью посвящен рассматриваемой проблематике и носил соответствующее название – «Качество жизни. Проекты, меняющие города». На форуме обсуждались новые идеи и проекты, которые позволяют обеспечить высокое качество городского пространства, прежде всего, с точки зрения общественного здоровья.

Цель статьи – обзор и систематизация основных исследований влияния среды на здоровье человека в контексте городского образа жизни, а также описание подходов к классификации его основных рисков. Статья не претендует на полное описание столь широкого проблемного поля, но намечает основные направления таких исследований, что позволит не только оценить текущее состояние исследовательского поля, но и определить траектории дальнейшего изучения здоровья человека в современном городе.

В настоящее время этими вопросами занимаются не только специалисты в области медицины, но и социологи, психологи, экологи, экономисты и др. При всей актуальности и востребованности проблематики исследователи часто игнорируют комплексный характер болезней образа жизни, свойственных человеку в современном городе. С одной стороны, не учитываются особенности социальных процессов, непосредственно влияющих на здоровье человека, например, стигматизация отдельных заболеваний, социальная эксклюзия групп и индивидов, экология города и реакции городов на экологические вызовы современности, цифровизация городской среды и миграционные тенденции. С другой стороны, не принимается во внимание тот факт, что города становятся центрами распространения новых социальных практик, которые также оказывают влияние на образ жизни (например, экологические движения и практики). Статья не нацелена на рассмотрение конкретных соматических или ментальных заболеваний, особенностей их этиологии, патогенеза, диагностики и лечения, но анализирует социальные аспекты ряда заболеваний, социальные факторы, влияющие на их возникновение или протекание, и их социальные последствия. Соответственно, «болезни городского образа жизни» – это, прежде всего, те заболевания, которые связаны с особенностями социальных практик горожан, организацией городского пространства и собственно образом жизни в городе. Этой категории близко понятие «болезни цивилизации» – «заболевания, связанные с духовным

неблагополучием, нарушением морально-нравственных норм и механизмов адаптации к неблагоприятным факторам антропогенно-измененной среды в условиях стремительного роста научно-технического прогресса».

Основные подходы к изучению здоровья человека в городе.

На протяжении всей истории человечества урбанизация, с одной стороны, способствовала распространению более высоких стандартов жизни (город традиционно является центром инноваций), с другой – имела негативные социальные последствия для больших групп. В условиях концентрации людей в городах быстро распространялись заболевания, превращавшиеся в эпидемии и пандемии. Преобразование естественной среды в городскую сопровождалось адаптацией человеческого организма к искусственно увеличенной продолжительности дня. Не менее значимы и социальные последствия городской жизни, в числе которых, например, одиночество, разрушение социальных связей и рост преступности. С развитием городского транспорта и медицины, систем водоснабжения и отопления, распространением новейших технологий, моделей городского планирования и обеспечения, возникновением нового уровня «связанности» городского пространства человечество достигло современного качества жизни, но столкнулось с новыми болезнями – образа жизни. Города не только порождают социальные проблемы, но и негативно сказываются на здоровье человека.

Исследования образа жизни и здоровья человека в городе отличает избирательный характер рассмотрения этих проблем, например, приоритет отдается соматическим заболеваниям. Наиболее обсуждаемые проблемы городского образа жизни – ожирение, распространение онкологических болезней и болезней сердечно-сосудистой системы. Основные риски здоровью человека в современном городе связаны с распространением неинфекционных заболеваний и дорожно-транспортным травматизмом. Тем не менее, пандемия COVID-19 и тот факт, что одной из ведущих причин смерти по-прежнему остаются некоторые инфекционные заболевания (например, туберкулез), не позволяют сосредоточиться лишь на неинфекционных заболеваниях. Более того, по расчетам экспертов ООН, численность населения достигнет к 2050 году 9,7 млрд (в 2019 – 7,7), основной прирост городского населения наблюдается в развивающихся странах, что может способствовать периодическим всплескам инфекционных заболеваний.

Интенсивный рост исследований особенностей городского образа жизни и их влияния на здоровье человека начался в XX веке, что связано с высокими темпами роста городов и их населения. Перед исследователями (социологами, биологами, психологами, экологами и др.) встали новые вопросы — связанные со спецификой жизни в городах, хотя интерес к образу жизни и общественному здоровью возник существенно раньше. В науке нет единого определения понятия «здоровье», но общепринятым считается приведенное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В социальных науках часто используется понятие «общественное здоровье» – «интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества».

Прежде чем приступить к систематизации публикаций, посвященных здоровью человека в современном городе, следует подчеркнуть некоторые их особенности, которые во многом обусловлены предметом исследования, его многогранностью. Во-первых, большая часть публикаций, претендующих на изучение широкого круга вопросов по рассматриваемой теме, – это сборники статей, которые объединяют под своей обложкой представителей разных дисциплинарных направлений. Во-вторых, публикации, анализирующие факторы здоровья человека в городе, часто являются совокупностью отдельных исследований пространства конкретных городов и предваряются незначительным теоретическим введением. В-третьих, исследователи редко обращают внимание на размер города, но фактически в центре внимания чаще всего находятся крупные города: мегаполисы или городские агломерации.

Чтобы представить материал в систематизированном виде, был выделен ряд направлений на основе расчетов влияния различных факторов на здоровье Ю. П. Лисицына: на образ жизни приходится 50-57%, на окружающую среду – 20-25%, на генетические факторы – 15-20%, на систему здравоохранения – 10-15%. Большинство публикаций, посвященных здоровью человека в городском пространстве, можно отнести к одному из трех направлений, поэтому были

выделены три большие группы: публикации, в которых центральное место занимают санитарно-гигиенические условия городской жизни; публикации, где ключевым фактором выступает окружающая среда (в широком смысле – от экологии города до его архитектуры); и публикации, в которых рассматриваются преимущественно социальные, социально-психологические и психологические аспекты городского образа жизни. Такая классификация позволит зафиксировать ключевые проблемы городов и их жителей в контексте общественного здоровья.

Санитарно-гигиенические и медицинские условия городской жизни. Исторически большинство ученых, анализирующих жизнь и здоровье человека в городе, акцентировали внимание на санитарных характеристиках городского пространства. Традиционно основные риски жизни в городе были связаны с распространением инфекционных заболеваний, причем даже после открытия антибиотиков.

Широко распространенным в оценках влияния города на здоровье стало противопоставление города и сельской местности. Эти исследования носят противоречивый характер, поскольку в работах, в центре внимания которых находятся санитарно-гигиенические аспекты городского устройства, сельская местность обычно проигрывает городу. Причины – доступ к системе здравоохранения, а также образ жизни, предполагающий иную по сравнению с селом гигиеническую культуру и относительно регулярное посещение врачей (как минимум в силу большей обеспеченности ими). Кроме того, согласно результатам исследований, вопреки распространенному мнению, заболеваемость сельских жителей иногда существенно выше, чем городских; с увеличением численности населения города снижается риск неинфекционных заболеваний и возрастает риск инфекционных.

В данном направлении исследований можно выделить несколько тематических блоков. Во-первых, работы, описывающие санитарно-гигиеническое состояние городов в определенный исторический период. Они расширяют наши представления об особенностях времени, условиях жизни, повседневных практиках и отдельных аспектах городской жизни и могут лечь в основу преобразования территорий, далеких от оптимального состояния (например, трущоб и др.). Эти работы отличает опора на статистические данные, например, о жилищах (количество домов, подключенных к системам канализации и отопления, плотность проживания), системе медицинской помощи (количество врачей, больниц, поликлиник на душу населения, охват диспансеризацией) и др.

После возникновения национальных и глобальных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения и контролем за эпидемиологической ситуацией (например, Роспотребнадзор, ВОЗ и др.), большая часть обобщающих работ о санитарно-гигиенических особенностях и эпидемиологических рисках публикуется именно ими, поскольку далеко не все исследовательские центры и, тем более, отдельные ученые обладают доступом к актуальной информации и могут ее данные интерпретировать. Например, ВОЗ обобщает данные национальных центров в документе «Global Health Observatory», обозначая основные тенденции общественного здоровья в мире. ВОЗ периодически публикует доклады, включая ежегодный доклад о здоровье в мире, материалы об отдельных аспектах общественного здоровья и их социальных последствиях.

Вторая группа публикаций фокусируется на развитии и совершенствовании системы здравоохранения, разработке систем контроля распространения заболеваний, изменении транспортных систем, внедрении цифровых технологий в повседневные практики заботы о здоровье и систему здравоохранения. Речь идет о системах контроля за жизненными показателями (self-tracking), использовании телемедицины и т.п., которые получают распространение преимущественно в городах. Ряд авторов обсуждают возможности использования систем GPS, GIS и др. для изучения распространения заболеваний и возникновения угроз здоровью человека.

Экология и архитектура городского пространства. Это направление связано с медицинским, но имеет ряд особенностей. Работы в рамках данного направления можно условно разделить на две группы: первая включает исследования, посвященные негативному влиянию загрязнений окружающей среды (в том числе в современных городах) на здоровье человека – загрязнений воздуха и воды, климатических изменений, токсичных веществ и др. Описания состояния окружающей среды и оценки его влияния на здоровье встречаются в публикациях

крупных национальных и глобальных организаций. Так, ВОЗ разделяет факторы общественного здоровья на три группы: жилищные условия (например, сырость, отсутствие ванны или душа и др.) – отвечают, прежде всего, за распространение инфекционных заболеваний, поскольку отсутствие канализации, плотность населения и т. п. ему способствуют; травматизм (ДТП, производственные травмы и пр.) – например, транспортная система – один из ключевых рисков городского образа жизни; экология – зеленые территории, отсутствие шума и дыма, т. е. некоторый ограниченный набор показателей. Важным аспектом городской жизни, который анализируют ученые, является влияние климатических изменений на жизнь и здоровье жителей современных мегаполисов. Так, города, покрытые асфальтом, сложнее переносят периоды аномальной жары. Кроме того, изменения климата расширяют ареалы распространения некоторых насекомых, которые являются переносчиками заболеваний, поэтому под влиянием климатических изменений возможно появление нетипичных для городов заболеваний.

Вторая группа включает исследования, связывающие болезни горожан с нарушениями взаимодействия человека с природой, невозможностью полноценной адаптации человеческого организма к современному образу жизни, обусловленному, прежде всего, новыми технологиями. Особый акцент делается на обеспечении продовольствием и специфике пищевых практик в современных городах, а также на роли зеленых территорий в городе.

Поскольку город представляет собой преобразованную человеком окружающую среду, неудивительно, что свой вклад в разработку вопросов здорового образа жизни внесли архитекторы. Уже в работах испанского архитектора И. Серды, руководившего расширением Барселоны, прослеживаются идеи взаимосвязи здоровья человека с качеством городской среды, например, особенности европейских городов (узкие улицы, небольшие расстояния, плотность населения) часто становились причинами эпидемий. Но не только европейские архитекторы задаются подобными вопросами: можно назвать О. Нимейера, проектировавшего новую столицу Бразилии во второй половине XX века, Л. Мамфорда, задававшего вопрос развития здорового (физически и ментального) человека при помощи архитектуры, В. А. Филина, занимавшегося изучением влияния визуальной городской среды на физическое состояние человека («видеоэкология»), Дж. Джекобс, фиксирующую особенности социальной жизни городов в контексте городского планирования.

Сегодня повышение качества городской среды – широко обсуждаемая тема, давно преодолевшая границы научного сообщества, поэтому большинство публикаций в рамках данного направления сфокусировано на конкретных реализованных архитектурных и градостроительных решениях без их теоретического обоснования. Особое внимание уделяется дизайну городского пространства, разработке и реализации проектов преобразования городской среды, историческим аспектам взаимосвязи архитектуры и социальных отношений. Работы Я. Гейла занимают здесь особое место, поскольку описывают не только архитектурные решения, но и их психологические аспекты.

Социально-психологические аспекты городской жизни. Болезни и их последствия для человека и общества всегда интересовали специалистов в области социальных наук. Еще классики социологии описывали города как особые социальные пространства, сравнивали их с сельской местностью, выделяли специфические черты, а работы представителей Чикагской школы, в том числе Л. Вирта, запустили новый виток исследований городского образа жизни. Именно Вирт определил «урбанизм» как «набор характеристик, составляющих образ жизни, типичный для городов». Исследования социально-психологических аспектов жизни человека в современном городе часто носят критический характер: в одних работах на примере конкретных городов показаны проблемы городского образа жизни, в других работах, наоборот, описаны успешные городские проекты, последовательность шагов в построении здорового города. Встречаются и публикации, в которых город представлен как достижение человечества и наилучший способ организации его жизни. Многие авторы подчеркивают специфику жизни в больших городах, выделяя особенности восприятия этого опыта. Результаты современных исследований указывают на взаимосвязь между степенью урбанизированности и психическими заболеваниями, а также на необходимые трансформации городского пространства для снижения негативных последствий для психики.

Таким образом, в этих исследованиях, наряду с соматическими заболеваниями, большое внимание уделяется ментальным заболеваниям, провоцировать которые может городская среда. Авторы, анализирующие социально-психологические аспекты жизни в современных городах, подчеркивают роль расстояний (например, количество времени, которое нужно затратить, чтобы добраться до работы), факторов стресса (особенности устройства городов: тупики, неприятные запахи и т.п.) и объектов, которые негативно сказываются на уровне жизни, хотя могут иметь важное стратегическое значение для города (например, близость к аэропорту или крупному заводу).

Важнейшим фактором остается влияние города на взаимоотношения: ощущение причастности сообществу, установление и поддержание дружеских и семейных связей, соседство и т.д. Многие авторы раскрывают взаимосвязь архитектурных стилей, внешних и внутренних особенностей домов с психологическим состоянием, например, с чувством защищенности и психологическим комфортом. В этом контексте анализируется высота потолков, возможность ощутить связь с природой, геометрические характеристики домов и городских пространств. Однако удачные архитектурные решения далеко не всегда положительно влияют на психосоматическое здоровье.

В современной научной литературе можно выделить отдельное направление, в центре внимания которого находятся новые социальные практики, призванные преодолеть негативные последствия городского образа жизни. Во-первых, широкое распространение в городах получает деятельность, связанная с экологическими вопросами (сортировка мусора, сбор макулатуры, вегетарианство или осмысленное потребление). Во-вторых, чтобы справиться с информационной перегрузкой, возникают практики цифрового детокса, обретает популярность функция контроля экранного времени на электронных устройствах. В-третьих, появляются социальные практики, призванные бороться с одиночеством в городе, создавать новые социальные связи.

В целом работы социально-психологического блока рассматривают разные факторы здоровья человека в современном городе, часто совмещая их с медицинскими или инвайронментальными аспектами. Встречаются и исследования, рассматривающие влияние города на здоровье через призму гендера или культуры. Российские социологи под руководством Л. А. Штомпель провели исследование аудиовизуальной среды разных по размеру городов. Многие авторы отмечают роль социального неравенства как фактора здоровья и распределение инвайронментальных рисков. Встречаются работы, в которых город рассматривается через призму системного подхода. Социологические исследования оценивают и пространственное неравенство в современных городах – неравный доступ жителей разных районов к инфраструктуре, способствующей поддержанию здоровья (зеленые зоны) или оказанию медицинской помощи (доступ к качественному здравоохранению, узким специалистам и др.). Тем самым социальные науки, особенно если опираются на данные медицины и статистики, объединяют различные аспекты изучения болезней образа жизни в современном городе, обсуждая вопросы доступа к системам здравоохранения через призму социального неравенства и роли сообществ.

Типологии рисков городского образа жизни

Важное место среди работ, посвященных городскому образу жизни и его влиянию на здоровье, занимают публикации, в которых здоровье человека в современном городе рассматривается через совокупность рисков, которым оно подвергается. Один из классических подходов к классификации рисков, который применим для изучения городского пространства, – это исследование ВОЗ, выявляющее основные причины смертности: насилие, экологические риски, осложнения при родах, инфекционные заболевания и др. На основе данных из национальных статистических отчетов ВОЗ удалось определить связь между уровнем дохода страны и наиболее распространенными причинами смерти: в странах с высоким уровнем доходов основные риски здоровью связаны с распространением неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ), в то время как в странах с низким уровнем доходов преобладают инфекционные заболевания. В мировой статистике за период с 2000 по 2016 годы произошли изменения: если в 2000 году 5 из 10 основных причин смерти приходились на инфекционные заболевания, то в 2016 году их стало 3. По мнению ВОЗ, в городах наблюдаются аналогичные процессы: на первый план выходят НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, онкологические и др.). Однако этот подход

недостаточен для изучения болезней образа жизни, поскольку они могут долгое время не приводить к летальному исходу, но существенно снижать качество жизни, ограничивая социальную активность и возможности.

А. В. Прокофьева и Н. А. Лебедева-Несевря предлагают делить риски на две группы: внешне-средовые – «загрязнение атмосферного воздуха токсичными выбросами автотранспорта, шумовое загрязнение городской среды, загрязнение питьевой воды промышленными сточными водами», и социальные – «атомизация городского сообщества, доминанта "обезличенного" взаимодействия, высокий уровень социального неравенства, преимущественно сидячий образ жизни».

В последние годы, с ростом популярности (пусть и весьма противоречивой) концепции устойчивого развития все чаще стали обсуждаться «устойчивые города». Концепция устойчивого развития включает экономический, экологический и социальный аспекты и основана на 17 целях, принятых в 2015 году в документе «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». Одна из этих целей – устойчивые города, предполагающие такую систему устройства городского пространства, которая позволит сделать жизнь людей более здоровой (зеленые зоны, развитие общественных пространств, обеспечение местами для проживания, соответствующими санитарно-гигиеническим требованиям и др.) и сохранить ресурсы для будущих поколений (защита от климатических изменений, предотвращение экологических рисков и т.п.). По сути, все риски городского образа жизни подразделены на три группы: экономические, экологические и социальные. Большинство публикаций, посвященных этой теме, сопряжены с концепцией умного города. Поскольку в ближайшие годы урбанизация затронет, прежде всего, Азию, то чаще всего публикации посвящены именно этому региону.

В междисциплинарных исследованиях предпринимается попытка охватить всю совокупность факторов, оказывающих влияние на здоровье человека в городе, что, однако, не гарантирует системности изложения – чаще всего это просто перечисления основных проблем современных городов и их влияния на здоровье. Интересную типологию рисков городского образа жизни предложил А. Крамер с коллегами: инвайронментальные риски (загрязнение, глобальное потепление); социальные (коммерциализация здоровья, миграция, неформальная занятость); пространственные (географические особенности распределения рисков, социальная дезорганизация); риски ограниченности ресурсов (продовольственная безопасность). Немецкие исследователи предложили многоуровневую модель изучения здоровья в городах: макроуровень (региональный или глобальный) – изменения климата, международные соглашения и программы, связанные со здоровьем, экономикой, бедностью и др.; уровень соседства – социальные, культурные, политические, институциональные и факторы окружающей среды; уровень домохозяйства – качество жилья, социально-экономические и факторы среды; индивидуальный уровень – личные характеристики и поведение.

Дж. Стюарт и З. Линч разработали модель инвайронментального здоровья (в контексте окружающей среды) как совокупности факторов, связанных, прежде всего, с качеством тех пространств (дом, офис и т.д.), в которых проводит свое время горожанин. Факторы, влияющие на здоровье человека, рассматриваются через следующие измерения: среда обитания (дом, работа, отдых и другие значимые для человека пространства и особенности их организации с точки зрения влияния на здоровье); факторы, формирующие среду обитания – вода, воздух, еда, почва, здания; стресс-факторы (биологические, химические, физические, социальные, психосоциальные).

Специалисты в области социальной эпидемиологии также разрабатывают междисциплинарный подход к изучению факторов общественного здоровья в городе. Дж. Каплан предлагает исследовать их в следующих контекстах, расположенных от общего к частному: социальная и экономическая политика; деятельность социальных институтов; соседство/сообщество; условия жизни; социальные отношения; индивидуальные факторы риска; генетические особенности; патофизиологические механизмы. Все эти факторы общественного и индивидуального здоровья должны рассматриваться через призму окружающей среды и жизненной траектории человека, т.е. учитывать, например, гендерные и расовые особенности жителей городов, а также трансформацию их роли по мере взросления.

О. Грюбнер с коллегами выделил две группы факторов, оказывающих влияние на здоровье человека в городе: во-первых, социальные факторы риска – скопления людей с низким социально-экономическим статусом (уровень образования и дохода); низкий уровень социального капитала (например, социальной поддержки); социальная сегрегация (принадлежность к меньшинствам, этническим группам); во-вторых, факторы риска городской среды – высокие уровни загрязнения (воздуха, воды), шум, особенности городского дизайна (например, высокие здания могут восприниматься как оказывающие давление на человека) и другие физические угрозы (происшествия, насилие и т.д.). Наиболее продуктивна та типология, что фиксирует, помимо всего прочего, особенности образа жизни в городах. Соответственно, можно разделить источники рисков для здоровья в городах на несколько групп: риски городской среды – особенности организации городского пространства, которые сами по себе являются факторами, негативно влияющими на здоровье человека (световое загрязнение, шум, загрязнения воды, воздуха, почвы, агрессивная визуальная среда, негативные последствия климатических изменений и др.); риски городского устройства – специфические характеристики городов (отличающие их, прежде всего, от сельской местности), следствием которых с высокой долей вероятности является вред здоровью (например, высокая концентрация населения и организация трудовой деятельности); риски городского обеспечения – особенности утилизации отходов, транспортировки продуктов, функционирования транспортных сетей и систем коммуникаций могут оказывать косвенное влияние на состояние здоровья; риски городского образа жизни и социальные риски, определяемые особенностями повседневных социальных практик горожан (распространение вредных привычек, практики питания и самосохранительного поведения, стигматизация заболеваний, психические проблемы, социальное неравенство, гиподинамия, преступность и др.).

Перспективы изучения здоровья человека в городе.

Несмотря на то, что, по понятным причинам, медицинские исследования здоровья человека в городском пространстве преобладают, все более важную роль в изучении болезней образа жизни играют социальные науки. Во-первых, социальная обусловленность многих заболеваний не вызывает сомнений, что связано не только особенностями их распространения, но и с социальными факторами – глобализацией и миграционными процессами. Во-вторых, для распространения заболеваний важно и восприятие болезни (риска заражения) общественным мнением. Пандемия COVID-19 – наглядный пример того, как государственные меры по предотвращению распространения вируса оказываются неэффективными вследствие особенностей их восприятия.

В марте 2020 года ВОЗ разработала руководство по созданию системы мониторинга восприятия рисков, поведения, знаний и доверия населения в целях разработки ответных мер в условиях пандемии. Поскольку ключевыми в борьбе с коронавирусной инфекцией долгое время считались карантинные меры, важно понимать, насколько серьезно население воспринимает санитарно-гигиенические требования и указания правительств по соблюдению режима самоизоляции, ограничению социальных контактов, участию в общественной жизни и заботе о здоровье. Поскольку в нашей стране (как, например, и в Индии) широко распространена проблема самолечения (в том числе по причине доступности лекарственных препаратов, например, антибиотиков широкого спектра, а также отсутствия у населения адекватного представления о вирусных и бактериальных инфекциях) и низок уровень доверия к системе здравоохранения, изучение восприятия заболеваний и мер по их профилактике, лечению и ограничению распространения выходит на первый план. ВОЗ выделяет здесь несколько аспектов: «уровень общественного доверия к органам здравоохранения, а также к распространяемым ими рекомендациям и информации; восприятие населением рисков; принятие рекомендуемых правил поведения; уровень информированности; препятствия/стимулы для следования рекомендуемым правилам поведения; неверное восприятие информации; стигматизация». Каждый аспект требует социологического анализа и обоснования.

Кроме того, ВОЗ предполагает, что наиболее эффективны для информирования населения местные сообщества, в которых люди проводят большую часть времени, что ставит перед социологами задачу по их определению в условиях конкретной страны или региона. Разработка эффективной модели взаимодействия с локальными сообществами и волонтерскими

организациями может способствовать более строгому выполнению санитарно-гигиенических требований. В условиях широкого распространения Интернета изменить поведение людей могут и лидеры мнений или даже микроинфлюенсеры, а не официальные представители государственных структур. Причем ситуация пандемии, в которой оказалось население всего мира в 2020 году, наиболее серьезно сказалась на жителях крупных городов. Несмотря на то, что мегаполисы обычно обладают наиболее развитой системой медицинской помощи, специфика социальных практик, обусловленная плотностью населения и многочисленными повседневными контактами, ухудшила положение горожан в тяжелой эпидемиологической ситуации. Сегодня общественность и научное сообщество обсуждают, скажется ли долгий период самоизоляции и карантина в крупных городах на привычных социальных практиках.

Таким образом, несмотря на продолжительную историю изучения болезней образа жизни и здоровья человека в городском пространстве, сегодня можно говорить лишь о попытках проведения комплексных исследований. Обзор публикаций по рассматриваемой теме позволяет обозначить несколько перспективных направлений ее дальнейших исследований. Во-первых, это изучение неоднородности городского пространства с точки зрения его влияния на здоровье. Города не должны рассматриваться как гомогенные пространства – необходимо учитывать неравномерность распределения важных для здоровья ресурсов (не только зеленых зон и медицинской помощи, но и доступа к сообществам). Во-вторых, это исследования глобальных факторов общественного здоровья, в том числе в городах (миграция, изменения климата и др.). Сегодня лишь незначительное число авторов пытается рассмотреть здоровье человека в городе как обусловленное совокупностью факторов – глобальных и региональных. В-третьих, это разработка проектов междисциплинарного сотрудничества, особенно в сфере профилактики и контроля над заболеваниями.

Это лишь некоторые из перспективных направлений исследований, реализация которых может положительно сказаться на состоянии здоровья жителей современных городов. Поскольку большая часть мира уже проживает в городах, разработка мер по сохранению и улучшению здоровья горожан и качества их жизни в конечном счете окажет положительное влияние на развитие современных обществ.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@miac.samregion.ru

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день

☎ (846) 979-87-90 – заведующий библиотекой

☎ (846) 979-87-90 – обслуживание читателей

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

Сайт: <http://miac.samregion.ru>