

**ЭТИКА ОТНОШЕНИЙ
СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА И ВРАЧА
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

Бязрова М.А.

*старший преподаватель кафедры социальной
работы ГБОУ ВПО «Северо-Осетинский
государственный университет им. К.Хетагурова»*

Ковалева М.Д.

*доктор социологических наук, профессор
кафедры философии, биоэтики и права с курсом
социологии медицины, Волгоградский государственный
медицинский университет, biosoc2008@yandex.ru*

Женщины, решившие родить ребенка, являются предметом особой заботы и опеки со стороны врачей акушеров-гинекологов и медико-социальных работников. Именно они обеспечивают их нормальный медико-социальный статус. Поэтому необходимо соблюдение определенных этических правил взаимоотношения между этими двумя категориями работников. Эти правила формулируются в статье на основе выводов конкретного социологического исследования, проведенного авторами.

Ключевые слова: *медико-социальный статус, врач акушер-гинеколог, социальный работник, этические правила отношений врача и социального работника.*

**ETHICS OF RELATIONS SOCIAL
WORKER AND PHYSICIAN OBSTETRICIAN-
GYNECOLOGIST**

Bjazrova M.A.

*Senior lecturer of the chair social activity,
North-Ossetian State University*

Kovaleva M.D.

*D.Sc., professor of the chair of philosophy,
bioethics and law with a course of sociology of medicine,
Volograd State Medical University,
biosoc2008@yandex.ru*

Women, who give birth to a child, are an object of special attention and care from the side of obstetrician-gynecologists and health-care workers. They provide their normal medical and social status. Therefore, you must meet certain ethical rules relationship between these two categories of workers. These regulations are formulated in the article on the basis of the findings of a case study conducted by the authors.

Key words: *medical and social status, obstetrician-gynecologist, a social worker, ethical rules relations of the doctor and social worker.*

Существует распространенное мнение о том, что медико-социальная работа является такой отраслью социальной работы, которая имеет своей целью профилактику болезней, обусловленных поведенческими и социальными факторами, уход за лицами с ограниченным или минимальным уровнем качества жизни, помощь в социальной адаптации и реабилитации лиц с ограниченными возможностями и лиц, перенесших серьезные заболевания. Считая предметное поле медико-социальной работы более широким, мы предлагаем классификацию групп риска, которые нуждаются в медико-социальной поддержке, и типологию факторов, обуславливающих необходимость социальной поддержки этих групп. Так, социальное благополучие/неблагополучие современного общества становится одним из наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на уровень и качество общей и, в частности, гинекологической заболеваемости, поэтому социальные работники могут и должны выявлять факторы риска и занимать активную гражданскую позицию по их профилактике, *опираясь на рекомендации врачей.* Наиболее существенная корреляция существует между состоянием здоровья и такими социально-демографическими факторами, как: возраст, профессионально-статусная позиция, общая и индивидуальная культура, наличие в обществе факторов риска (физических, биологических, экологических и др.), большинство из которых зависит от самих людей, их образа и условий жизни. И здесь социальные работники принимают участие в судьбе людей, испытавших на себе негативное влияние этих факторов. Но данный контингент выделяется *на основе медицинских данных и показаний.*

В процессе формирования медико-социального статуса пациенток акушерско-гинекологической практики наиболее значимыми являются семейно-брачные отношения, поэтому помощь семьям в трудной жизненной ситуации, в частности, в случае заболеваний, инвалидности и т.п. лежит на работниках службы социальной защиты. И здесь уже они должны информировать медицинских работников о том, где и кому нужна их помощь.

Понятие «медико - социальный статус» употребляется в специальной литературе достаточно часто, но до сих пор оно не дефиницировано. Определение, которое мы предлагаем, коррелирует с определением понятия «качество жизни», но не тождественно ему, поскольку включает характеристику среды обитания (как природной, так и социальной), а личностные параметры представляет только в виде ансамбля социальных ролей. Предложенное нами определение, безусловно, нуждается в

анализе и угонении, но в качестве рабочего полностью отвечает целям исследования.

В соответствии с принятым определением медико-социального статуса, нами была разработана программа его изучения в группе женщин фертильного возраста, пользующихся медицинскими услугами акушерско-гинекологического профиля [1,3]. Исследование проводилось в г. Владикавказе в 2011 – 2012 гг. Были исследованы показатели половой жизни (начало, маритальный статус), количество и динамика искусственного прерывания беременности, распределение гинекологических больных по социальному признаку, структура и динамика показателей группы работающих женщин, социальный состав неработающих гинекологических больных, условия работы респонденток, показатели вредных привычек и физической активности гинекологических больных, частота обращения к врачу-гинекологу, использование санаторно-курортного лечения, применение контрацепции. Особое значение имеют те проблемы медико-социального характера в жизни женщин, в решении которых им мог бы помочь социальный работник, но это либо не входит в его должностные инструкции, либо женщины сами к нему не обращаются. Так, например, изучение количества и динамики деторождения позволило установить, что у большинства обследуемых городских пациенток (82%) в анамнезе было не больше двух родов, исходом которых явилось рождение здоровых детей. 9,2% обследуемых имели 3 и более детей. У 7,2% женщин в анамнезе были выкидыши, а у 2,4% - мертворождения. Следовательно, 18% женщин могли бы воспользоваться в своей трудной жизненной ситуации помощью социального работника. Большинство обследованных городских гинекологических больных отмечали постоянное эмоциональное напряжение вследствие напряженного труда. В 2007г. количество таких пациенток составляло 81,3%. К 2012г. постоянное эмоциональное напряжение отмечали 92,6% женщин. 3,4% женщин отметили, что прибегали к помощи психолога, но никто из респонденток не знал, что защитить их интересы при трудовых перегрузках может и социальный работник.

Медико-социальный работник должен рассматриваться не только как помощник для тех женщин, кто не может в одиночку справиться с жизненной ситуацией, а выступать агентом их репродуктивного поведения, начиная с помощи в решении о рождении ребенка. Экспликация необходимых и достаточных условий участия медико-социального работника в формировании репродуктивных установок женщин основывается на выяснении комплекса мотивов к деторождению и их типологизации. Достоверные данные по этим вопросам можно было получить на базе материалов акушерско-гинекологической практики, поскольку решение о рождении ребенка, обычно, женщины принимают после

консультации с врачом. Исходя из этого, было проведено исследование в группе пациенток женских консультаций и стационаров г.Владикавказ. На первом этапе изучались показатели качества жизни больных и здоровых женщин, а на втором этапе было проведено анкетирование пациентов, проходящих лечение в стационарах и поликлиниках, с целью выяснения их побудительных мотиваций для деторождения. Были выделены 5 групп социальных мотивов:

Группа	Мотив
I	улучшение материального положения;
II	улучшение семейного положения, чаще всего, создание собственной семьи;
III	возрастной фактор;
IV	нет мотива – случайность, стечение обстоятельств;
V	общественных, национальных либо религиозных традиций.

В соответствии с распределением пациенток по этим группам, были зафиксированы их социальные характеристики. Анализ данных показал, что пациентки из 3-й и 4-й групп в наибольшей степени нуждаются в помощи социального работника при принятии решения о рождении ребенка, потому что не надеются на свои силы в решении ряда медицинских (лекарственное обеспечение, отсутствие полиса ОМС), материальных (незапланированная беременность у неработающих, негативное отношение к беременности руководителя на работе) и бытовых проблем. Для пациенток 1 – 2 групп более значимым является участие врача-гинеколога в решении их проблем. Пациенткам 5-й группы требуется зачастую помощь социального (а не медико-социального!) работника и юриста.

Определив параметры участия медико— социального работника в формировании и реализации установок на беременность, можно было выяснить перечень и смысл его функций. Планирование рождения ребенка – глубоко интимная проблема, которую каждая женщина решает, основываясь на индивидуальной жизненной ситуации. Однако в социологической интерпретации рождение ребенка как цельность репродуктивного поведения имеет важный социальный смысл. Поэтому, проанализировав мотивы деторождения и типологизировав их, можно определить меру необходимости и степень участия медико-социального работника в поддержке позитивных установок женщин на деторождение. Основными мотивами для планирования рождения ребенка среди опрошенных являются улучшение материального положения (около 1/3 респондентов) и дань традиции - тоже около трети опрошенных. Изучение предпочтений в каждой из пяти выделенных групп женщин позволило предложить следующее распределение ролей агентов репродуктивного поведения в формировании установок на беременность

Группа	Социальные агенты репродуктивного поведения
I группа	Сами женщины, члены семьи, государство
II группа	Сами женщины и их партнеры-мужчины, клинический психолог
III группа	Врач акушер-гинеколог, клинический психолог, <i>социальный работник</i>
IV группа	Врач акушер-гинеколог, <i>социальный работник</i> , клинический психолог
V группа	Сами женщины, члены семьи, общественные и религиозные сообщества, <i>социальный работник</i>

Роль социального работника существенна для тех групп, где возможны трудности в реализации репродуктивных целей: 3 группа – в силу возрастных проблем необходима практическая помощь в бытовых вопросах после появления ребенка; 4 группа – необходима помощь в решении материальных, жилищных и трудовых проблем; 5 группа – необходима помощь только женщинам, живущим в инациональной или иноконфессиональной среде в решении социальных проблем. Женщинам из первой и второй групп помощь социального работника не требуется. Для третьей и четвертой группы в сложных случаях оптимальным вариантом является координация действий социального работника, врача и клинического психолога.

Для организации помощи женщине справляться с трудностями, возникающими из-за того, что окружающие не до конца понимают сложность и значительность ее труда по вынашиванию ребенка, нужно знать, какие проблемы встречаются в жизни беременной чаще всего. Сведения о проблематике, характерной для данной социальной группы, были получены путем опроса беременных женщин. В результате анализа данных были выделены 3 группы беременных: А) в основном успешные женщины, ориентированные на карьеру – 23,1%; Б) группа неработающих женщин, ориентированных на семью – 33%; В) – группа женщин, занятых преимущественно в тех сферах труда, где невозможен карьерный рост или временно неработающие женщины, ориентированные как на семью, так и на трудовую занятость – 43,9%. Основное внимание медико-социальные работники должны уделять третьей группе, но, в связи с ее многочисленностью, необходимо установить критерии выбора женщин для оказания адресной помощи. Такими критериями могут быть: соматический (состояние здоровья, угрозы беременности), maritalный статус (одинокое женщины), ситуация в семье (риски насилия и/или аддиктивного поведения со стороны партнера), отсутствие необходимых жилищных условий для будущего ребенка, бедственное материальное положение.

На основе данных проведенного опроса удалось выяснить отношения отца будущего

ребенка к нему и его матери по следующим параметрам: отношение к жене, отношение к перепадам в настроении жены, интерес к состоянию здоровью жены и течению беременности, поведение в связи с беременностью жены, распределение бытовых обязанностей, досуговая деятельность. Была определена иерархия ценностей в отношении будущих отцов к будущим матерям. Выяснилось, что мужчины и женщины по-разному оценивают, как собственное поведение, так и поведение друг друга. Так, 32,9% опрошенных беременных расценивают изменения, произошедшие в поведении мужа как негативные, при этом констатируют ухудшение взаимоотношений 35,8%. Мужчины оценивают ситуацию по-другому: 28% указали, что в период ожидания ребенка их поведение изменилось в отрицательную сторону, при этом ухудшение во взаимоотношениях отметили лишь 21,3% будущих отцов, однако реально, как было выявлено ранее, данный процент составляет $\approx 30 - 32\%$, что коррелирует с мнением беременных женщин. Таким образом, в работе с беременными для медико-социального работника объектом деятельности должна быть не столько сама женщина, сколько семья в целом.

В ходе исследования выяснилось, что в связи с беременностью у 21,3% работающих женщин возникли осложненные отношения с коллективом, а 30,6% работающих беременных подверглись дискриминации со стороны руководства, причем, 29% выразили обеспокоенность по поводу возможной потери работы. Большинство опрошенных нами работодателей (78%) признали, что постарались бы найти способ избежать дополнительных затрат, связанных с декретным отпуском, отпуском по беременности и родам, а также в связи с временной нетрудоспособностью (в среднем срок госпитализации беременных составляет 21 день) своей сотрудницы. Кроме того, многие женщины после рождения ребенка испытывают проблемы со здоровьем, на решение которых у них часто нет сил, времени и денег, а работодателям больные сотрудники, как известно, не нужны.

Исследование показало низкую эффективность работы учреждений здравоохранения и социальных служб по оказанию социальной и психологической помощи беременным женщинам и семье в целом в репродуктивный период. Хотя запрос на данный вид помощи не только существует, но и остается достаточно высоким. Так, 84% беременных женщин, опрошенных в ходе исследования, отметили, что нуждаются в социальной, психологической, а часто и правовой помощи.

И хотя органами власти принимается ряд мер, направленных на поддержку учреждений по охране материнства и детства (внедрение в систему родовспоможения родовых сертификатов, финансирование жилищной

программы «Молодая семья», финансовая поддержка ряда учреждений по охране материнства и детства), существующая модель оказания социально-психологической помощи является малоэффективной и требует реформирования[2]. Составной частью такого реформирования является расширение функций медико-социальных работников, которые могут и должны осуществлять транзитивно-патронажные функции между беременными женщинами и агентами тех социальных институтов, которые участвуют в их жизнеобеспечении: семей, медицинскими учреждениями, работодателями, правоохранительными органами, органами государственной власти (федеральными, региональными, местными), целевыми общественными организациями и гуманитарными фондами.

Но важнейшим вопросом остается вопрос взаимоотношений социального работника с врачом акушером-гинекологом, наблюдающим пациентку. Поскольку в ходе интерпретации данных опроса удалось выяснить распределение ролей между ними, представляется возможным сформулировать определенные этические правила указанных взаимоотношений:

1. Необходимо постоянный контакт между социальным работником и врачом акушером-гинекологом, даже в тех случаях, когда их должностные инструкции этого не предусматривают.
2. Медико-социальный работник несет моральную ответственность за социально-психологическое состояние женщины, информирование врача о возможных рисках для здоровья женщины является его нравственной обязанностью.
3. Рекомендации врача являются основой для общения медико-социального работника с пациенткой, отступление от них неэтично, а нарушение – преступно.
4. Врач акушер-гинеколог не может ограничивать свое воздействие на пациентку только медицинскими вмешательствами и рекомендациями, но для того, чтобы не выходить за рамки своей профессиональной роли, он должен обращаться за помощью к медико-социальному работнику. Пренебрежение или игнорирование информации социального работника этически недопустимо.

Литература:

1. Григорова Е.С., Доника А.Д. Проблемы правового регулирования репродуктивных технологий // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.234
2. Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. – 2009. - № 1(3) – С.37-40.
3. Очирова В.В., Доника А.Д. Вспомогательные репродуктивные технологии: правовые основы и

этические последствия // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.243.

УДК 159.9:340.63

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Карпенко О.Н.,

*аспирант кафедры общей и клинической
психологии Волгоградский государственный
медицинский университет, karpenko-O.N@yandex.ru*

Сидорова О.В.

*аспирант кафедры философии, биоэтики и
права с курсом социологии медицины, Волгоградский
государственный медицинский университет,
xx_dream_xx@mail.ru*

*Работа клинического психолога в
судебно-психиатрической экспертизе
представляет собой не только комплекс
экспериментальных манипуляций с
подэкспертным, но и ответственность за
принятые в рамках исследования выводы,
которые носят не только этический, но и
правовой отпечаток на его жизнь. Однако в
данной должности работают не
робототехнические машины, а люди с
определенным профессиональным опытом,
набором ЗУНов, а также определенными
моральными устоями и ценностями, которые не
всегда соответствуют выбранному пути в
профессии.*

Ключевые слова: комплексная судебная
психолого-психиатрическая экспертиза,
правовые аспекты, клинический психолог,
этические принципы, различные ошибки.

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS PROFESSIONAL ACTION OF CLINICAL PSYCHOLOGIST ON FORENSIC MENTAL HEALTH EXPERTISE

Karpenko O.N.

*Post-graduate of the chair of the General and
clinical psychology, Volgograd State Medical University,
karpenko-O.N@yandex.ru*

Sidorova O.V.

*Post-graduate of the chair of the philosophy,
bioethics and law with a course of sociology of medicine,
Volgograd State Medical University,
xx_dream_xx@mail.ru*

*Clinical psychologist's job on forensic
mental health expertise is not only a complex of
experimental manipulations with people but
responsibility for decisions made in the framework of
the research findings, which are not only ethical but*