

ОБРАЗ СОТРУДНИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

В настоящее время в мире наблюдается неуклонный рост числа неизлечимых больных в терминальной стадии развития заболевания. Данная тенденция актуализирует изучение паллиативной помощи, направленной прежде всего на облегчение болевых ощущений и психологическую поддержку, которая заключается в обеспечении комфорта, а также сконцентрирована на уменьшении страха умирания и так называемой «смертельной тревоги», на борьбе с отчуждением, которое возникает в связи с тем, что пациенты изолированы от привычного социума, им чужды обыденные разговоры и проблемы. Особенностью паллиативной помощи является то, что она, в отличие от лечебного процесса, не ставит перед собой целью выздоровление больного. Главная ее задача — поддержание достойного качества жизни пациента. В этой связи особое внимание при организации такого рода помощи должно быть уделено подготовке сотрудников для работы с инкурабельными (неизлечимыми) больными.

Социологическое изучение проблемного поля паллиативной медицины является необходимостью не только для повышения уровня осведомленности населения о возможности оказания подобного рода услуг, но и снятия характеристики табуированности с феномена смерти и процесса умирания в общественном мнении. Однако значительная часть исследований посвящена феномену паллиативной помощи в совокупности с общественным мнением, упуская из виду тот факт, что подобного рода медицинские учреждения — это прежде всего сотрудники, которые являются олицетворением основной миссии хосписов.

Госпиталь святого апостола Иуды Фаддея (St. Jude Children's Research Hospital) — единственная в США клиника, в которой занимаются исключительно детской онкологией. Воплощая в жизнь свою миссию и используя свои возможности, научно-клинический госпиталь создал портал «Вместе», доступный для всех семей, независимо от того, в какой стране они проходят лечение. На данном портале медицинскими сотрудниками паллиативной помощи размещены рекомендации для родителей при общении с персоналом хосписов, что позволяет не только облегчить и контролировать трудовую деятельность медицинских работников, но, в том числе, помочь близким инкурабельных больных с полноценным осознанием ситуации, в которой они оказались:

1) обсудите, что значит «качество жизни» для вашего ребенка и всей семьи. Это понятие может подразумевать возможность для вашего ребенка заниматься любимым делом, снятие симптомов, облегчение боли или умение справиться со страхами и неопределенностью;

2) расскажите о своих семейных ценностях и религиозных убеждениях, обсудите их возможное влияние на ваши решения в вопросах лечения и ухода;

3) расскажите специалисту по паллиативной помощи, как именно вы хотели бы получать и обсуждать информацию. Предупредите, какие факторы помогут или помешают вам в должной мере воспринять те или иные известия. Обсудите, как сообщить информацию ребенку, исходя из его возраста и индивидуальных потребностей;

4) обсудите способы вовлечения вас и ребенка в процесс принятия решений и планирования лечения;

5) сообщите лечащей бригаде, если у кого-то из членов семьи имеются сомнения или несогласия по поводу планов и целей лечения. Такое случается нередко, при этом специалисты по паллиативной помощи могут помочь разобраться с проблемами или внести ясность;

6) держите паллиативных специалистов в курсе. Сообщайте им обо всех изменениях, в том числе об улучшении или ухудшении симптомов, ситуациях в семье за пределами больницы либо о заинтересовавших вас комPLEMENTАРНЫХ и/или ИНТЕГРАТИВНЫХ методах лечения;

7) будьте готовы обсудить дальнейшие планы. Любые перемены в ходе терапии — даже положительные — могут быть сопряжены со стрессом для всей семьи. Понимание того, что ожидает вас в будущем, и готовность к этим переменам помогут уменьшить беспокойство и взять ситуацию под контроль [1].

Изучая сотрудников паллиативных медицинских учреждений, многие исследователи ставят целью своих научных работ описание идеального медицинского персонала хосписов, а также рекомендации по подборке подобных рабочих кадров, которые соответствовали бы выработанным критериям. Российский исследователь М.С. Готовкина в своей научной статье, посвященной организации паллиативной медицинской помощи в современной Российской Федерации, утверждает, что важнейшей составляющей процесса поддержания качества жизни больного является духовность — в частности, так она рассматривается в зарубежной практике оказания онкологической, гериатрической, паллиативной помощи. Во многих крупных медицинских центрах онкологической и паллиативной направленности духовенство, священники, капелланы и сестры милосердия представлены не как вспомогательный, а как основной персонал лечебного учреждения, который наравне с медиками и психологами оказывает соответствующую духовную помощь пациентам [2, с. 71].

В качестве примера М.С. Готовкина приводит Рекомендации Совета Европы по организации паллиативной помощи (2009), в которых представляется штатное расписание стационарного отделения паллиативной помощи, где есть специальные должности штатного священника и координатора по организации духовной работы.

Специалистами же Американского центра паллиативной помощи для больных ВИЧ/СПИДом была выработана специальная методика оказания

духовной помощи больным. Ключевой особенностью данной методики является определение специфики духовных страданий при этом заболевании, направленность на самопознание — как самого больного, так и специалиста, оказывающего духовную помощь. При этом важным критерием выступает духовное благополучие пациента. По данным социологического опроса, проведенного Центром среди 160 онкологических больных, религиозная вера существенно влияет на физиологические, психологические и социальные показатели качества жизни пациентов.

Отсылая к отечественным исследователям, М.С. Готовкина упоминает о необходимости духовного направления в паллиативной помощи: «Г.А. Новиков полагает, что «боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем»» [2, с. 72].

Таким образом, М.С. Готовкина приходит к выводу, что в процессе подготовки специалистов в области паллиативной помощи ключевым определяющим фактором их как сотрудников хосписов является личная компетенция в экзистенциальных вопросах духовности. Иными словами, такой специалист должен обладать высокими моральными качествами, быть милосердным, терпеливым, честным и способным проявить сострадание к больному, а также абсолютную терпимость и доброжелательность. Важным критерием отбора персонала для работы с инкурабельными больными также является необходимость иметь специальную подготовку в вопросах смерти, духовности, жизни после смерти и т.д. Как отмечает А.В. Гнездилов, «при выборе персонала для работы в хосписе, прежде всего, необходимо такое качество, как духовность. Зачастую она сочетается с религиозностью, хотя эта связь не всегда столь очевидна» [2, с. 73].

В паллиативной помощи особое значение приобретает подготовка сестринского персонала. Исходя из научной работы Т.В. Потупчик и Я.В. Корман, именно на медицинских сестер ложится основная нагрузка по уходу за инкурабельными больными. Чем тяжелее состояние пациента, тем важнее для него профессиональный сестринский уход, который напрямую влияет на физическое и психологическое состояние больного. Социальная коммуникация и уход за больным требуют больших временных затрат, поэтому крайне важно иметь достаточное количество персонала в отделениях паллиативной помощи [3].

Проблема подготовки кадров для паллиативной помощи является в современном здравоохранении одной из наиболее трудноразрешимых. Это относится как к врачебному, так и сестринскому персоналу. По замечанию Е.С. Введенской, основными специалистами, оказывающими помощь больным в конце жизни (последние месяцы и дни), являются участковые терапевты и врачи общей практики, но они не имеют подготовки в области паллиативной помощи.

На основании анонимного анкетирования 200 медицинских сестер различного профиля, проведенного О.И. Усенко, выявлено, что значительная часть респондентов обладает не только низким уровнем знаний по вопросам

паллиативной помощи, но нередко затрудняется даже с пониманием и интерпретацией самого термина [2, с. 73].

Исследователи нередко высказываются о том, что ключевой проблемой паллиативной медицинской помощи является неинформированность о данном явлении в общественном сознании, однако, как показало исследование О.И. Усенко, это касается не только обычного населения. Совершенно очевидно, что для успешного оказания паллиативной помощи необходимо, во-первых, адекватное понимание смысла и содержания этого термина сотрудниками хосписа в первую очередь, а, во-вторых, соответствие социальных и психологических ожиданий получающих такую помощь (самого пациента, а также членов его семьи) тому, что предлагают специалисты паллиативной помощи.

На основании вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- паллиативная помощь представляет собой комплекс разноплановых мер, направленных на поддержание достойного уровня качества жизни инкурабельных больных и членов их семей;
- для профессиональной работы в системе паллиативной помощи специалист должен обладать высокими моральными качествами, а также владеть специфическими знаниями, иметь соответствующие представления и специальную подготовку в вопросах смерти, духовности, жизни после смерти и т.д.;
- внедрение в систему паллиативной помощи специалистов, способных оказывать не только социально-медицинскую, но и духовную помощь и поддержку, необходимо современному обществу, включая общение как с инкурабельным больным, так и с его близкими, так как в заключительный период жизни физиологические потребности индивида отступают на второй план, как правило, делая первостепенными духовные проблемы и переживания [2, с. 74].

В 2008 г. среди студентов, обучающихся по специальности «Сестринское дело» в Красноярском фармацевтическом колледже, был создан волонтерский отряд, в котором студенты-волонтеры отрабатывали основные профессиональные навыки ухода за больными. В 2017 г. Т.В. Потупчик и Я.В. Корман совместно с волонтерами колледжа было проведено исследование, целью которого, в том числе, было определить медико-социально-психологические особенности сотрудников хосписа. Методы исследования, которые были использованы, — опрос с помощью разработанных анкет для медсестер; интервьюирование.

В рамках исследования были опрошены 5 постоянно работающих медсестер: со стажем 8–14 лет — 3, 15–16 лет — 2. Опрос выявил социально-психологические и эмоциональные ощущения медсестер, связанные с работой. В результате медсестры, работающие в хосписе, испытывают усталость, нехватку времени. Иногда у них появляются внутреннее беспокойство, слабая концентрация внимания и др. Практически все медсестры недовольны оплатой труда, в связи с чем не желают выполнять работу, не входящую в их функциональные обязанности. Несмотря на это, в коллекти-

ве царит атмосфера сотрудничества, взаимопонимания; в хосписе имеется кабинет психологической разгрузки и личной гигиены для медицинского персонала [4, с. 32].

Опрос медсестер показал, что они поддерживают гигиену, проводят профилактику пролежней, меняют пациентам нательное и постельное белье, умывают их, осуществляют утренний туалет.

Таким образом, медсестры, длительное время работающие в хосписе, испытывают психологические проблемы, связанные с усталостью, нехваткой времени, неудовлетворенностью оплатой своего труда [3, с. 32].

Социологическому анализу подвергается также и социальный статус профессии врача или медсестры в условиях паллиативных медицинских учреждений, который оказывается под вопросом, что обусловлено неоднозначным отношением общества к паллиативной медицинской помощи. Помимо скептических и положительных оценок трудовой деятельности сотрудников хосписов также в общественном сознании существует преимущественно равнодушное отношение и неосведомленность о специфике работы данных учреждений, что упоминалось выше. Сотрудники хосписов вынуждены постоянно разъяснять обществу социальную роль и назначение своей специализации. Таким образом, представители Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова М.М. Абдуллаева и О.С. Киеня в своей научной работе, направленной на изучение особенностей мотивационной направленности сотрудников хосписов, делают вывод о том, что не представляется возможным связать общую удовлетворенность трудом сотрудниками хосписов с традиционно выделяемыми мотивационными факторами, такими как социальный статус работы, результаты труда, комфортные условия работы и др. [4].

Таким образом, обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что сотрудники паллиативных медицинских учреждений представляют интерес для социологического изучения разных исследователей. Однако на современном этапе большинство исследований строится вокруг описания идеального образа медицинского персонала хосписов, нежели специфики его трудовой деятельности, особенностей мотивации и влияния рабочего процесса на физическое и ментальное состояние тех, для кого смерть уже является обыденностью, и действительно ли это так?

Современное общество все еще не готово обсуждать и вникать в процесс рабочей деятельности паллиативных медицинских учреждений по причине неготовности столкнуться со смертью лицом к лицу. При этом необходимо понимать, что эффективность организации паллиативной помощи зависит не только от общественных усилий и организаций здравоохранения, но и от того, как само население относится к паллиативной помощи и умиранию, каково его отношение к сотрудникам паллиативной медицинской помощи.

Источники

1. Общение со специалистами по паллиативной помощи // St. Jude Children's Research Hospital. — URL: <https://together.stjude.org/ru-ru/lechenie-podderzhka/>

palliativnaja-pomoshch/obshchenie-s-palliativnymi-specialistami.html (дата обращения: 29.10.2024).

2. *Готовкина, М.С.* Организация паллиативной помощи в современной России: социологический анализ / М.С. Готовкина // Научный результат. Серия: Медицина и фармация. — 2015. — Т. 1, № 2. — С. 69–76. — URL: <https://rmedicine.ru/journal/annotation/414/> (дата обращения: 29.10.2024).

3. *Потупчик, Т.В.* Социально-психологический статус пациентов и медсестер хосписа / Т.В. Потупчик, Я.В. Корман // КиберЛеника. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskiiy-status-patsientov-i-medsester-hospisa> (дата обращения: 29.10.2024).

4. *Абдуллаева, М.М.* Особенности мотивационной направленности работников хосписа / М.М. Абдуллаева, О.С. Киеня // Национальный психологический журнал. — 2010. — № 1. — С. 76–79. — URL: <https://npsy.j.ru/articles/article/3760/> (дата обращения: 30.10.2024).

А.М. Амелянович

Научный руководитель — кандидат экономических наук О.В. Головач

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРАНСФЕРТНЫХ ЦЕН

В статье рассматриваются существующие методы определения трансфертных цен в управленческом учете, налоговом законодательстве, применяемые в отечественной и зарубежной практике.

В настоящее время возрастает роль трансфертного ценообразования как в системе управленческого учета организаций, так и в системе налогообложения. Методы определения трансфертных цен должны соответствовать применяемой политике организации и требованиям законодательства.

Сравнение применяемых методов определения трансфертных цен следует проводить отдельно по методам, применяемым в целях управленческого учета, и методам, используемым в налоговом законодательстве.

В международной практике управленческого учета существуют следующие методы трансфертного ценообразования:

- на рыночной основе;
- на базе себестоимости;
- на договорной основе;
- на регулируемой основе [1].

В практике отечественного управленческого учета выделяют три метода расчета трансфертных цен:

- 1) на основе рыночных цен;
- 2) на основе себестоимости по принципу «себестоимость плюс»;
- 3) на основе договорных трансфертных цен, сформированных под воздействием рыночной конъюнктуры и затрат на производство продукции, выполнение работ или оказание услуг [2].