

2. Активный тип виктимного поведения со склонностью к самоповреждающему и саморазрушающему поведению. Интернет-пользователи данного типа провоцируют опасные действия по отношению к себе своей просьбой или обращением в сети, например, размещение личной информации, вступление в опасную коммуникацию с незнакомыми людьми.

3. Инициативный тип с гиперсоциальным виктимным поведением. Данный тип характеризуется склонностью к вмешательству в конфликтные ситуации в социальных сетях, тем самым становясь жертвой, даже если они не были объектом агрессии. Пользователи данного типа проявляют сочувствие, бескомпромиссность, нетерпимы к противоправному поведению.

4. Пассивный тип. Молодежь с зависимым поведением отличается склонностью к беспомощному поведению, а отсутствие ощущения моральной поддержки и включенности в социуме мотивирует их обращаться за помощью в виртуальные сообщества. Подростки данного типа вовлекаются в кризисные ситуации с целью получения сочувствия и поддержки окружающих, имея ролевою позицию жертвы, не оказывают сопротивления преступникам.

5. Некритический тип виктимного поведения. К данному типу относятся несовершеннолетние склонные к идеализации людей, оправданию негативного поведения других. Подростки данного типа проявляют неразборчивость, наивность, легкомысленность в знакомствах.

Выводы

Кибербуллинг является актуальной проблемой современного мира. Все больше случаев, когда с помощью социальных сетей и интернета происходят запугивания, манипуляции и угрозы среди подростков, которые не могут противостоять этому. Необходимо принимать меры для решения этой проблемы и соблюдать принципы предосторожности, которые помогут не стать жертвой кибербуллинга детям и подросткам, находящимся в интернете ежедневно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочавер, А. А. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий / А. А. Бочавер, К. Д. Хломов // Журнал Высшей школы экономики. — 2014. — № 3. — С. 177–191.
2. Черкасенко, О. С. Социальная сеть как разновидность суррогатной коммуникации / О. С. Черкасенко // Вопросы педагогики и психологии: матер. 36-й междунар. конф. — 2015. — № 3. — С. 138–141.
3. Зинцова, А. С. Социальная профилактика кибербуллинга / А. С. Зинцова // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. — 2014. — № 3 (35). — С. 122–128.
4. Баранов, А. А. Психологический анализ причин подросткового кибербуллинга / А. А. Баранов, С. В. Рожина // Вестник Удмуртского университета. — 2015. — Т. 25. — С. 37–41.
5. Лучинкина, А. И. Психологический анализ отклонений в процессе интернет-социализации личности / А. И. Лучинкина // Гуманитарные науки. — 2016. — № 1 (33). — С. 54–62.

УДК 616-006.6-052:614.253

ПРАВСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ

Гончарова Я. В.

Научный руководитель: старший преподаватель И. И. Орлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Информация об онкологическом заболевании нарушает привычный ритм человека и наполняет его жизнь тяжелыми переживаниями. Психическая травма, которую получает человек, настолько сильна, что может породить чувство обреченности или привести к суициду. Перед человеком возникают вопросы

осмысления жизни в целом, ответственности за свой вклад в лечение. В этот период на врача ложится обязанность компетентно и адекватно помочь больному научиться существовать в условиях болезни. От его слов и действий во многом зависят перспективы жизни и излечения пациента [1].

Цель

Изучить морально-нравственные подходы и сложившиеся традиции в информировании больного об онкологическом диагнозе.

Материал и методы исследования

Анализ и изучение литературы по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Общение с онкологическим больным без соблюдения принципов деонтологии недопустимо. От врача-онколога требуется психологически грамотное профессиональное взаимодействие с больным. Отсутствие подготовки к коммуникативной деятельности, которая является неотъемлемой частью работы любого врача, создает ряд трудностей во взаимоотношениях с онкологическими пациентами и их родственниками. Существуют несколько моделей взаимоотношений врача и пациента:

- Патерналистская модель — врач берет на себя роль «родителя», занимая главенствующую позицию. В таких отношениях только врач решает, что должен или не должен делать пациент, какую информацию он может получить. Такой традиционный подход имеет ряд недостатков. Пациент фактически исключается из процесса лечения в качестве активного участника, ограничивается в возможности планирования своей жизни [2]. Американский биоэтик Роберт Витч считает, что патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения. Витч выделяет как позитивную, так и негативную стороны патерналистской модели. Позитивная сторона модели заключается в принципе «приноси пользу пациенту и не наноси вреда», негативная сторона — лишение права пациента на автономию [4].

- Антипатерналистская модель — признание автономности личности пациента и его права принимать решение относительно своего здоровья. Для того, чтобы пациент стал активным участником лечебного процесса и мог принимать решения, он должен получить от врача правдивую информацию о состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания и возможных осложнениях. В Северной Америке принципы самостоятельности пациента, информированного добровольного согласия и прецедентное право создали четкие этические и правовые обязательства, направленные на то, чтобы предоставить пациентам как можно больше информации, которую они хотят знать о своем заболевании и лечении. Врачи не могут отказать пациенту в информации, даже если это может иметь нежелательное влияние на пациента [3].

Не зависимо от того, какая модель взаимоотношений врача и пациента выбрана, врач должен понимать, что информирование пациента о его диагнозе должно быть рациональным и соответствовать принципам этики и деонтологии. На сегодняшний день во многих странах существуют протоколы и рекомендации, касаемые того, как врачу следует информировать пациента об онкологическом диагнозе. В 2000 г. в американском журнале *The Oncologist* исследователями из *The University of Texas MD Anderson Cancer Center* была опубликована статья под названием «SPIKES — A Six-Step Pro-tocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer», затрагивающая важную тему — как сообщать пациентам «плохие новости» в онкологической практике. Авторы, Walter F. Bailea, Robert Buckman и другие, предложили протокол — SPIKES, который включает в себя последовательное выполнение шести шагов при общении с онкологическим пациентом. Авторы утверждают, что специалисты, использующие данный протокол, отмечали возросшую уверенность в себе как в

специалистах в ситуации общения с тяжелыми пациентами, а также возросшую эффективность коммуникации, положительным образом влияющую на ход лечения [2]. Цель протокола состоит в том, чтобы позволить врачу выполнить четыре наиболее важные задачи:

- 1) получение информации от пациента;
- 2) передача пациенту медицинской информации;
- 3) оказание психологической поддержки пациенту;
- 4) просьба о дальнейшем сотрудничестве с пациентом при обсуждении стратегии лечения [3].

Протокол SPIKES состоит из шести шагов:

Шаг 1: S — SETTING UP the interview (Настройте беседу). Мысленная репетиция является подготовкой к стрессовой ситуации. Это может быть достигнуто путем обзора плана будущей беседы с пациентом, а именно, каким образом врач будет реагировать на эмоциональное состояние пациента и его вопросы. Врач должен ожидать, что будет испытывать негативные эмоции.

Шаг 2: P — Assessing the Patient's PERCEPTION (Оценка восприятия пациента). Шаги 2 и 3 протокола SPIKES являются точками в беседе, где врач осуществляет аксиому «прежде чем сказать — спроси». То есть, прежде чем обсуждать медицинские данные, врач, при помощи открытых вопросов, создает точную картину того, как пациент воспринимает ситуацию — что он понял и насколько важно это для него. Основываясь на полученной информации, врач сможет скорректировать, устранить дезинформацию и сообщить то, что пациент не понимает.

Шаг 3: I — Obtaining Patient's INVITATION (Получение приглашения пациента). В то время как большинство пациентов желает получить достоверную информацию о своем диагнозе, некоторые пациенты не хотят видеть полную картину. В первом случае это способствует снижению волнения при сообщении медицинских новостей. Обсуждая информацию с пациентом, врач, основываясь на желании либо нежелании пациента получить полную информацию о заболевании, может планировать дальнейшее обсуждение с пациентом. Примеры вопросов, задаваемых пациенту врачом — «Как бы вы хотели, чтобы я сообщил вам о результатах исследований?» или «Вы хотели бы получить полную информацию о результатах исследования, или кратко обозначить результаты и подробно обсудить план лечения?». Если человек не хочет знать детали, врач может предложить ответить на любые вопросы, если они появятся в будущем.

Шаг 4: K — Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient (Дайте информацию пациенту). Предупреждение пациента о том, что вы сообщаете ему «плохие новости» может уменьшить шок от их последующего получения и способствовать более легкому пониманию полученной информации. Сообщение медицинской информации может быть качественнее, если придерживаться нескольких рекомендаций. Во-первых, начинать разговор на уровне понимания и словарного запаса пациента. Во-вторых, использовать общедоступные слова вместо специальных терминов. В-третьих, сообщать информацию небольшими частями и периодически проверять, понимает ли ее пациент.

Шаг 5: E — Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses (Относитесь к эмоциям пациента с сочувствием). Реагирование на эмоции пациента — одна из наиболее сложных задач. Эмоциональные реакции пациента могут быть различны, от молчания до неверия, плача, отрицания или гнева. В этой ситуации врач может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии. Эмпатия состоит из четырех шагов: во-первых, посмотреть на эмоции глазами пациента; во-вторых, определить эмоции, которые испытывает пациент, назвав их для себя; в-третьих, определить причину этих эмоций; в-четвертых, дать пациенту короткий период времени для выражения своих эмоций.

Шаг 6: S — STRATEGY and SUMMARY (Стратегия и план). Пациенты, ясно представляющие свое будущее, с меньшей вероятностью чувствуют тревогу и неопределенность. До обсуждения плана лечения важно спросить пациента, готов ли он сейчас к этому обсуждению. Изложение пациенту вариантов лечения важно не только потому, что в ряде случаев это необходимо, но и для демонстрации того, что врач считает желание пациента важным. Проверка понимания пациентом сказанного может предотвратить переоценивание пациентом эффективности лечения или наоборот, недопонимания цели лечения [3].

Выводы

Таким образом, к вопросу рационального информирования пациента об онкологическом диагнозе следует подходить индивидуально. В каждом конкретном случае врач выбирает конкретный подход. Но какой бы ни был выбран вариант, он всегда должен соответствовать правилам этики и деонтологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев, А. М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов / А. М. Беляев. — СПб.: Любавич, 2017. — С. 85–87.
2. Врачебная коммуникация по протоколу SPIKES с пациентами и их родственниками: учеб. пособие / Р. В. Дорошенко [и др.]; под ред. Р. В. Дорошенко. — Гомель: ГУ «РНИЦ РМиЭЧ», 2018. — 32 с.
3. SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer / W. F. Baile [et al.] // The Oncologist. — 2000. — Vol. 5, № 4. — P. 302–311.
4. Интернет-портал Студопедия [Электронный ресурс] / Информационный студенческий ресурс. — М., 2011. — Режим доступа: <https://studopedia.ru>. — Дата доступа: 02.02.2021.

УДК 618.177-089.888.14(091)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Громенкова В. А.

Научный руководитель: старший преподаватель И. И. Орлова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Бесплодие является важной медико-социальной проблемой, так как приводит к снижению рождаемости, и социально-психологической проблемой, так как приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье, росту числа разводов.

Желание иметь детей является естественным. Обычно шансы наступления беременности у женщины, не предохраняющейся и регулярно живущей половой жизнью, составляют 20–25 % в месяц. Поэтому, большинство супружеских пар, как правило, достигают беременности уже в течение первого года. Но это происходит не со всеми.

По данным ВОЗ, от бесплодия во всем мире страдает 60–80 млн пар. Однако, сегодня существует множество технологий преодоления бесплодия. Среди них особое внимание уделяют ЭКО (экстракорпоральному оплодотворению) [5].

Цель

Изучить историю развития методики экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы исследования

Анализ и изучение литературы по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Экстракорпоральное оплодотворение (с лат. extra — «вне», corpus — «тело») — это медицинская технология преодоления бесплодия, при которой оплодотворение яйцеклетки совершается в искусственных условиях вне организма матери.