

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный университет»

Направление «Медицина»

Кафедра организации здравоохранения и медицинского права

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

НА ТЕМУ: «ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА»

Выполнила студентка 16.С01-м группы

Хлебникова Елизавета Юрьевна

Научный руководитель:

д.м.н., профессор Акулин Игорь Михайлович

Санкт-Петербург

2022 год

Оглавление

Список сокращений	3
Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	7
1.1. Современные тенденции развития системы здравоохранения и место пациента с нарушением слуха в них	7
1.2. Глухие и слабослышащие люди как меньшинство	8
1.3. Сниженная грамотность в вопросах здоровья среди людей с нарушениями слуха и её последствия.....	9
1.4. Особенности общей заболеваемости среди людей с нарушениями слуха и факторы, объясняющие эти наблюдения	12
1.5. Проблемы коммуникации с медицинским персоналом и получением услуг в сфере здравоохранения	14
Глава 2. Материалы и методы.....	21
2.1. Материалы исследования.....	21
2.2. Методы исследования.....	22
2.2.1. Анкетирование	22
2.2.2. Статистическая обработка результатов.....	22
Глава 3. Результаты собственных исследований	23
3.1. Социальный портрет пациента с нарушениями слуха	23
3.2. Условия учебной деятельности	30
3.3. Предложения по улучшению социальной помощи	32
3.4. Опыт обращения за медицинской помощью	33
3.5. Предложения по улучшению медицинской помощи по мнению пациентов	48
Заключение	52
Выводы	56
Список литературы.	63
Приложение А	70

Список сокращений

ВОГ – Всероссийское общество глухих

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких

ВУЗ – высшее учебное заведение

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

Введение

Актуальность проблемы

В настоящий момент по данным Всемирной организации здравоохранения наблюдается рост людей с нарушениями слуха. Согласно их прогнозу, к 2050 году в мире будет около 2,5 миллиардов глухих и слабослышащих, тогда как на данный момент от той или иной степени потери слуха страдают 1,5 миллиарда человек [1]. В России по данным Всемирной федерации глухих в 2018 году насчитывалось примерно 13 миллионов людей, имеющих нарушения слуха [2]. Но несмотря на такие большие цифры данная инвалидность часто игнорируется обществом, так как присутствует стигматизация этой группы.

У глухих и слабослышащих чрезвычайно остро стоит проблема социальной адаптации в обществе, что связано со сложностями в образовании, трудоустройстве, организации медицинской помощи, которые чаще всего являются следствием возникающих трудностей при коммуникации. Особенно это проявилось во время пандемии новой коронавирусной инфекции в связи с обязательным ношением лицевых масок в помещениях, когда слабослышащие люди сталкиваются с проблемами общения с персоналом лечебных учреждений. Им самостоятельно приходится искать способы преодоления подобных барьеров. На это обращает внимание ВОЗ, называя данную проблему «невидимой инвалидностью», не только из-за отсутствия видимых со стороны симптомов, но и потому, что долгое время имела стигматизация в обществе и игнорирование этой проблемы со стороны политических деятелей [1].

В настоящее время в Российской Федерации имеется достаточно много нормативных документов, которые направлены на улучшения жизни глухих и слабослышащих людей, что свидетельствует о том, что государство старается всячески поддерживать их. Однако от законодательства до практического воплощения и реальной оценки жизни этих категорий

пациентов часто бывает достаточно далеко, так как оказывается непросто добиться реализации данных документов. Поэтому важно изучать на практике проблемы этого контингента и разрабатывать меры по постоянному улучшению жизни и социального статуса.

Необходимости более пристального внимания к проблемам глухих и слабослышащих посвящено много зарубежных исследований, но найти достаточное количество российских работ нам не удалось. Среди проблем, которые отмечают авторы, по результатам опросов выявились сложности понимания обычных медицинских назначений и диагнозов, что было связано с нарушениями слуха [3]. Неумение медицинских работников общаться с данной категорией пациентов влияет не только на оценку ими собственного потенциала здоровья, но и на медицинскую грамотность, принятие решений в отношении своего здоровья, борьбу с факторами риска и ведение здорового образа жизни, которые также зависят от социально-экономических условий жизни и трудовой деятельности [21], [23], [52]. К сожалению, люди с нарушениями слуха часто испытывают проблемы в этих аспектах.

Таким образом, оценка медико-социальной помощи глухим и слабослышащим является актуальной задачей и может являться плацдармом для разработки и внедрения методов и мероприятий, направленных на улучшение жизни и здоровья людей с нарушениями слуха.

Цель исследования: определить влияние социальных факторов на участие глухих и слабослышащих людей в системе здравоохранения и произвести анализ предложений по улучшению социальной поддержки. Дать оценку восприятию опыта посещения медицинских учреждений пациентами с нарушениями слуха и их общению с медицинским персоналом. Предложить способы улучшения доступа к медицинской помощи и увеличения доступность среды при посещении учреждений здравоохранения.

Задачи:

1. Провести опрос среди глухих и слабослышащих людей о социально-экономических условиях жизни, учебной и трудовой деятельности, субъективной оценке оказанных медицинских услуг.
2. Осуществить обработку материалов, полученных в результате анкетирования.
3. Сделать выводы о состоянии медико-социальной помощи людям с нарушениями слуха.
4. Предложить меры по улучшению качества медико-социальной помощи.

Глава 1. Обзор литературы

1.1 Современные тенденции развития системы здравоохранения и место пациента с нарушением слуха в них

Новая концепция здравоохранения: «4П-медицина» направлена на раннее выявление заболевания до развития клинических проявлений, предотвращение прогрессирования патологии, то есть должна включать предсказание, профилактику, персонализацию (индивидуальный подход к каждому человеку) и личное участие пациента. Данный подход способен благоприятно воздействовать на снижение инвалидности трудоспособного населения и сокращение расходов на лечение уже развившихся болезней [4].

Эффективность данной концепции во многом зависит от степени участия пациента. К сожалению, в современном мире существуют группы людей, для которых вовлечение в процессы профилактики или выздоровления является затруднительным. К таковым относятся глухие и слабослышающие пациенты, которые сталкиваются с проблемами организации доступа к медицинским услугам, барьерами при общении с медицинским персоналом. Из этого вытекает некоторого рода дискриминация данной группы людей в области здравоохранения, так как отсутствует равенство возможностей (в том числе возможность полностью реализовать свой потенциал здоровья) [5].

С подобными проблемами людям с нарушениями слуха приходится сталкиваться уже в детском возрасте. Взросление глухого ребёнка часто сопровождается посторонними вмешательствами со стороны врачей, когда медицинские работники фокусируются именно на причине проблем со слухом, уделяя мало внимания межличностным отношениям. Будучи взрослыми, они часто испытывают смущение и стыд во время посещения медицинских учреждений, что не является благодатной почвой для их повторного обращения [6], [7].

1.2 Глухие и слабослышащие люди как меньшинство

Многих людей с нарушениями слуха объединяет использование собственного, жестового языка, общие проблемы и недоступность некоторых сфер жизни, что позволяет говорить о данной группе людей как о культурно-лингвистическом или социо-лингвистическом меньшинстве [8]. Глухие люди часто не идентифицируют себя как инвалидов, так как ощущают, что способны вести полноценную жизнь [9], [10]. Понятие инвалидности сопряжено с дискриминацией и социальной изоляцией [11]. Их особенности порой становятся препятствием не только в сфере здравоохранения, равенство отсутствует и в таких областях как образование и трудоустройство.

Для глухих учеников характерны более низкие показатели успеваемости, навыки устной и письменной речи часто не соответствуют возрасту. В качестве одной из основных причин достаточно низкой образованности рассматривают игнорирование использования русского жестового языка в процессе обучения, являющегося крайне важным способом коммуникации для глухих и слабослышащих людей [12].

В России по данным 2016 года 36% членов ВОГ имеют среднее образование, 13% - среднее специальное, только 3% - высшее и 1% - незаконченное высшее. У 47% за плечами неполное среднее образование. Несмотря на то, что многие владеют русским языком, уровень грамотности и качество речи достаточно низкие, что не позволяет найти желаемую работу. Многие сталкиваются с проблемой подготовки резюме для трудоустройства [12]. Продвижение по службе тоже вызывает затруднения, так как люди с нарушениями слуха ожидают дискриминацию и избегают работу, требующую социальной активности [13]. По данным исследования занятости выпускников РГПУ им. Герцена трудоустроенными оказались 58,3% глухих и слабослышащих, 41,7% не имели работы. Также было выяснено, что

опрошенные и не надеялись получить рабочее место, соответствующее их желаниям, а шли туда, куда их брали [14].

Так как общество глухих и слабослышащих имеет сходные проблемы по всему миру, не только в России, за рубежом дела тоже обстоят не лучшим образом. В Великобритании тоже наблюдается печальная статистика: у людей с нарушениями слуха шанс поступления в высшие учебные заведения значительно ниже, а показатель безработицы выше в 4 раза [5]. Это говорит о том, что инклюзивные программы требуют дальнейшей доработки.

В числе возможных способов предотвращения дискриминации в отношении глухих рассматриваются: признание их уникальной культурной и языковой идентичности (включая жестовые языки и культуру глухих), двуязычное образование, наличие профессионального сурдоперевода, а также доступ к информации и общению [11].

1.3 Сниженная грамотность в вопросах здоровья среди людей с нарушениями слуха и её последствия

Понимание прочитанного у большинства глухих и слабослышащих находится на уровне «ниже среднего» то же самое касается и их словарного запаса и способностей к математике [15], [16]. Несмотря на обилие различного рода источников информации, у людей с нарушениями слуха обнаруживается состояние информационного дефицита. Выявляется недостаток знаний не только в каких-либо специальных областях, но и в том, что касается повседневной жизни, включая здоровье.

Важно в исследовании пациентов определиться с их уровнем медицинской грамотности. Научный обзор позволил нам выделить данное понятие как набор навыков, позволяющих получить доступ к медицинской информации, понимать и применять её во благо собственного здоровья и здоровья окружающих [17]. Она должна находиться на том уровне, чтобы

человек мог распознать тревожные симптомы и обратиться за медицинской помощью [5]. Выделяют три уровня грамотности в вопросах здоровья:

1. Функциональный. К нему относится умение читать, понимать и обсуждать текст, производить простые вычисления. Это низший уровень грамотности в вопросах здоровья.
2. Интерактивный. На этом уровне необходимо уметь проявлять активное участие в лечении и диагностике. Для этого требуется наличие навыков обсуждения своей болезни и её лечения с медицинским персоналом.
3. Критический. Этот уровень позволяет критически относиться к информации о здоровье и применять её наилучшим образом [18].

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что люди с нарушениями слуха могут испытывать сложности на самых простых уровнях грамотности в вопросах здоровья: функциональном и интерактивном, так как из-за низкой образованности имеются проблемы с добычей информации медицинского профиля, а из-за сложностей с коммуникацией становится затруднительным активное участие пациентов в диагностике и лечении.

Среди людей с нарушениями слуха был обнаружен больший, чем у слышащих, пробел в знаниях о симптомах, факторах риска и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях [19]. Имеются данные о том, что низкий уровень образования глухих пациентов связан с более высокой вероятностью выявления сердечно-сосудистых патологий, что связывают с недостаточной осведомлённостью о факторах риска [20]. Кроме того, можно рассмотреть пример с новой коронавирусной инфекцией, когда во многих странах была организована просветительская деятельность, направленная на информирование о симптомах, способах заражения и методах борьбы с распространением заболевания. Потребность глухих и слабослышащих людей в разнообразных визуальных, слуховых или жестовых методах коммуникации не удовлетворяется обычными средствами распространения

медицинской информации. Это приводит к тому, что люди с нарушениями слуха хуже осведомлены о новой коронавирусной инфекции, что является опасным с точки зрения эпидемиологии. Отсутствие необходимых знаний в вопросах предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции ставит под удар те группы лиц, у которых имеются сопутствующие заболевания и противопоказания к вакцинации [21].

Кроме того, у глухих пользователей языка жестов были обнаружены пробелы в знаниях о профилактике злокачественных патологий [22]. Для улучшения этой ситуации, в контексте клинических рекомендаций по профилактике рака, проводилось исследование, которое выявило, что понимание прочитанного связано с более высокими доходами, уровнем образования и наличием опыта обучения у учителей, использующих разговорный язык [23].

Люди с более низкой грамотностью в вопросах здоровья чаще откладывают обращение за медицинской помощью и профилактическими мероприятиями, реже проходят скрининг, испытывают проблемы с поиском поставщика медицинских услуг [24]. Они хуже осведомлены о своих заболеваниях, схемах лечения, часто не соблюдают режим приёма лекарств, используют пассивный стиль общения с врачом, меньше участвуют в совместном принятии решений и чаще сообщают о неудовлетворённости от коммуникации с медицинским персоналом [25], [26].

Низкий уровень образования оказывает влияние на понимание пациентами различных терминов и общих вещей, которые врач старается до них донести, однако не только этот фактор оказывается решающим. Существует исследование, доказывающее, что зависимость может быть более сложной. Даже высокий уровень образования не является гарантией наличия должного уровня грамотности в вопросах здоровья, что было обнаружено среди людей с нарушениями слуха, окончивших средние школы и колледжи в США [27]. Но зависимость этих двух факторов нельзя отрицать [28]. Кроме

того, грамотность вопросов здоровья связана с навыками понимания прочитанного, а также способами донесения медицинской информации до глухих и слабослышащих людей [23]. В связи с этим необходимо обращать особое внимание на различные инклюзивные программы, направленные на использование наиболее эффективных коммуникационных стратегий, повышение осведомлённости о различных заболеваниях и улучшение качества образования.

1.4 Особенности общей заболеваемости среди людей с нарушениями слуха и факторы, объясняющие эти наблюдения

Здоровье лиц с нарушениями слуха, как и здоровье слышащих людей зависит от одних и тех же факторов. Однако, из-за некоторых свойственных только этой группе ограничений, всё же выявляются некоторые различия. Глухие и слабослышащие пациенты не всегда могут полностью реализовать потенциал своего здоровья вследствие барьеров, возникающих именно из-за нарушения слуха. Некоторые исследователи отмечают повышенную предрасположенность к определённым заболеваниям среди глухих и слабослышащих. Например, ХОБЛ, инсульт, гиперхолестеринемия, различные сердечно-сосудистые заболевания, язвы, гепатит чаще выявлялись у пациентов с умеренной или значительной тугоухостью. А люди, страдающие глухотой, имеют более высокую предрасположенность к сахарному диабету и онкологии [29].

В качестве возможных причин таких наблюдений рассматривают недостаток физической активности и имеющиеся коммуникативные барьеры в общении с медицинским персоналом [29], кроме того, некоторые исследователи связывают эту группу людей с более высокой предрасположенностью к вредным привычкам таким как курение, частое употребление алкогольных напитков, недостаток сна [30].

Ограничения при занятии спортом объясняются рядом факторов, с которыми сталкиваются лица с нарушениями слуха. К таковым можно

отнести социальную изоляцию из-за её отрицательного влияния на физическую активность в социальной среде [31], [32]. Помимо этого, нельзя отрицать вклад дефицита слухового восприятия, который способен сильно нагружать когнитивные процессы, что влияет на внимание и мыслительные ресурсы, являющиеся важными для поддержания осанки и равновесия [33],[34]. Отсутствие достаточных данных о физической среде (например, когда человек не слышит звуки шагов, свистка, крики других людей) может ограничивать в выборе вида физической активности или условий для занятия спортом [35]. Регулярные физические нагрузки связывают со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и лучшим контролем веса, меньшей вероятностью развития онкологии [36], [37], [38]. Проблема недостатка физической активности среди людей с нарушениями слуха решается государством. В России активно развиваются дисциплины, относящиеся к «спорту глухих», адаптированные для физических возможностей людей с нарушениями слуха, особенно среди детей. Это позитивно влияет не только на соматическое здоровье, но и на социальную приспособленность.

Следует также помнить о том, что существуют наследственные заболевания, приводящие к глухоте, которые протекают с поражением других систем и органов (чаще всего при врождённых синдромах страдает зрительный анализатор, возникает нефропатия и почечная недостаточность, развивается сахарный диабет) [39], [40]. Такие пациенты вынуждены наблюдаться у офтальмолога, невролога, эндокринолога, нефролога и у других специалистов. Из вышеперечисленного следует, что состояние здоровья людей с нарушениями слуха имеет свои особенности и часто требует коррекции. Но из-за коммуникативных барьеров, ряда психических особенностей возникают препятствия на пути к контролю и профилактике заболеваний.

Социальная изоляция также негативно сказывается на здоровье людей. Доказано, что отсутствие моральной поддержки связано с более высокими показателями заболеваемости и смертности. Такое влияние может быть объяснено разными причинами. Социальная поддержка способствует более здоровому образу жизни и увеличивает приверженность лечению. Кроме того, она влияет и на психическое здоровье пациента: его эмоции, настроение и чувство контроля [41]. Потеря слуха является фактором риска социальной изоляции и одиночества. У пожилых людей старше 65 лет это приводит к повышению показателя смертности от различных причин, а у более молодых увеличивается шанс возникновения депрессии [42].

1.5 Проблемы коммуникации с медицинским персоналом и получением услуг в сфере здравоохранения

Все вышеописанные проблемы оказывают влияние на здоровье, которое не всегда изначально бывает высоким. Чтобы улучшить своё самочувствие, больные обращаются за медицинской помощью. Но в случае людей с нарушениями слуха всё оказывается гораздо сложнее. Из-за существующих коммуникативных барьеров между ними и медицинским персоналом, возникающего недопонимания, пациенты сталкиваются со множеством трудностей на пути к лечению и профилактике заболеваний. Одним из важнейших предметов обучения в медицинских ВУЗах является сбор анамнеза, исходя из которого, врач уже может выдвинуть некоторые диагностические гипотезы. Но когда речь идёт об общении с пациентом с нарушениями слуха, этот важный диагностический приём может не быть столь эффективным, как хотелось бы.

К сожалению, многие медицинские работники не имеют представлений об эффективной коммуникации со слабослышащими и глухими пациентами. Например, существует заблуждение, что чтение по губам или же письменное общение посредством записок должно быть удобно для больных. На самом деле это не обеспечивает эффективную коммуникацию. Были проведены

исследования, доказывающие, что в англоязычных странах люди, практикующие чтение по губам, способны к пониманию только 30–45% разговорной речи на английском языке [43]. Кроме того, в настоящее время, когда в мире происходит распространение коронавируса, этот способ коммуникации оказывается невозможным из-за ношения масок. Понимание прочитанного ограничено общей грамотностью и грамотностью в вопросах здоровья, кроме того, почерк врача не всегда является лёгким для распознавания, а используемые сокращения порой неправильно трактуются, что может приводить к ошибкам. Например, описывается случай, когда врач, чтобы узнать, употребляет ли пациент кокаин, написал на бумаге: «С-О-К-Е», больной решил, что речь идёт о кока-коле и ответил: «Да, в больших количествах», после чего его сопроводили трое людей в уборную для сдачи анализа мочи, что, конечно, не являлось позитивным опытом [44]. К тому же, как уже было описано выше, у людей с нарушениями слуха имеются проблемы с письменной речью. Их навыки чтения и понимания прочитанного развиты намного хуже, чем у слышащих людей. Обнаружено, что люди, потерявшие слух после овладения фонетикой разговорного языка, чаще прибегают к письменной речи, чем к жестовому языку [9]. Некоторые больные выражают обеспокоенность своим владением письменным языком, в результате чего банально стыдятся писать [45]. Поэтому, не стоит при общении с глухими и слабослышащими пациентами использовать только этот способ коммуникации.

Проведённое в Нидерландах исследование показало, что как врачи, так и их пациенты с нарушениями слуха часто не могут позитивно оценить опыт общения друг с другом: 39% оценили качество коммуникации как плохое или среднее. Лишь 13% людей дали хорошую оценку такого контакта [46]. E. Ralston и др. провели опрос среди терапевтов об их отношении и ко всем пациентам в целом к глухим пациентам в частности. Выяснилось, что при общении с больными, имеющими нарушения слуха, возникает больше

трудностей. Часто врачи видят недоверие к себе со стороны глухих людей. Кроме того, у них чаще возникают проблемы с пониманием диагноза и лечения. Пациенты из Великобритании тоже часто не могут положительно оценить опыт посещения медицинских учреждений. 44% из числа глухих пациентов в Соединённом Королевстве ответили, что их последний контакт с лечащим врачом был затруднительным или крайне тяжёлым. Среди людей без нарушения слуха лишь 17% дали подобную оценку [47].

В исследовании R.E. Nomes и др. был рассмотрен другой взгляд на проблему барьеров при коммуникации с глухими и слабослышащими пациентами. В качестве респондентов были выбраны переводчики английского жестового языка, сопровождавшие пациентов при посещении лечебных учреждений. Ими был выделен ряд проблем: люди с нарушениями слуха часто не понимали своего диагноза, назначений врача, рисков, связанных с приёмом медикаментов и необходимости повторных приёмов. Кроме того, достаточно эффективная методика Teach-back для проверки понимания информации, полученной от медицинского работника, часто игнорировалась при общении с глухими и слабослышащими пациентами. Также было отмечено, что совмещение расспроса и манипуляций тяжело воспринимается пациентами. Переводчики подчеркнули важность использования наглядных примеров, включая анатомические модели и изображения, также было предложено создание кратких указаний для родственников пациентов, чтобы они могли помочь с возникающими затруднениями при выполнении назначений [48].

Пациенты с инвалидностью часто оказываются недовольны качеством оказания медицинской помощи. В частности, это касается спешки врачей во время приёмов. Выделяют три причины этого:

1. Наличие сложных сопутствующих заболеваний;

2. Дополнительные знания и навыки, требующиеся от медицинского работника, необходимые при взаимодействии с человеком, имеющим инвалидность;
3. Несоответствующие действительности представления врача о потребностях и способах коммуникации с человеком с ограниченными возможностями.

В итоге пациенты оказываются недовольны тем, что врачи не полностью понимают их состояние, не на все вопросы дают ответы, не обеспечивают исчерпывающего обсуждения во время приёмов, а также кажутся торопящимися [49]. Об этом также говорят переводчики жестового языка, присутствующие на приёмах [48]. Глухие пациенты психиатрических клиник считают, что тот минимальный уровень общения, которым им остаётся довольствоваться, медицинские работники никогда бы не допустили в отношении слышащих больных [45]. Обнаружено, что люди, у которых произошли нарушения слуха до начала развития речи в детстве, реже посещают врачей, в отличие от тех, кто потерял слух постлингвально, которые делают это чаще, чем в целом в популяции, что, возможно, связано с большим количеством хронических заболеваний, особенно, если человек находится уже в пожилом возрасте [50].

Исследование, проведённое в отделениях неотложной помощи, выявило, что наличие проблем при физическом общении (при нарушениях зрения и слуха) в 3 раза повышает риск возникновения предотвратимых нежелательных последствий. Чаще всего госпитализации в случае таких событий были связаны с ошибками при приёме лекарств и неправильным ведением пациентов, что является следствием проблем с коммуникацией [51].

М.М. McKee, et al. обнаружили, что глухие пользователи Американского жестового языка чаще обращаются за неотложной помощью,

чем слышащие люди той же возрастной группы и пола. Авторы находят объяснение в том, что:

1. Среди глухих распространена более низкая грамотность в вопросах здоровья, что также может приводить к неправильной интерпретации некоторых симптомов и восприятию их как более тревожных, чем они есть на самом деле;
2. Имеются коммуникативные барьеры между пациентом и поставщиком медицинских услуг, не позволяющие ему хорошо ориентироваться в системе здравоохранения и поддерживать своё здоровье на должном уровне;
3. Более высокая доступность переводчика жестового языка в случае обращения за неотложной помощью в Нью-Йорке [52].

У пожилых людей с лёгкой потерей слуха заболеваемость была на 16% больше, чем у лиц с сохранённым слухом из той же возрастной группы. Если нарушения слуха характеризовались как умеренные или сильное, то цифры увеличиваются. У них заболеваемость ещё выше – 21%. Соответственно, увеличивается и частота госпитализаций. Она на 17–19% выше, чем у людей с нормальным слухом. Соответственно, глухота является фактором риска госпитализации. Подобные статистические наблюдения объясняются проблемами с взаимопониманием врачей и пациентов с нарушениями слуха, а также пониженной грамотностью в вопросах здоровья. Вследствие этого у людей ниже приверженность лечению и теряется контроль над своим здоровьем [53]. Такой вывод можно сделать исходя из того, что частота повторной госпитализации была на 32% выше у людей, которые испытывали трудности во время общения с лечащим врачом [54]. С экономической точки зрения устранение специфических факторов, повышающих заболеваемость и риск госпитализации глухих и слабослышащих пациентов, также является крайне важным. Затраты на медицинские услуги у людей с нарушениями

слуха за десятилетний период в целом больше на 22 000 долларов, чем у тех, кто не испытывает проблемы со слухом [55].

Во многих странах для эффективного общения с глухими и слабослышащими пациентами в штат медицинских учреждений нанимают переводчиков жестового языка. Данная практика имеет свои преимущества, но также существует и ряд проблем, связанных с ней. Не всегда общение через переводчика бывает комфортным для пациентов, так как порой сообщать о некоторых проблемах со своим здоровьем больные стесняются. Чаще всего это касается половой сферы. Оказалось, что среди опрошенных молодых женщин, обращавшихся за помощью в вопросах репродуктивного здоровья в Нигерии, из тех, кто не смог задать вопрос лечащему врачу, 36.7% смутились из-за присутствия постороннего человека – переводчика [56].

Кроме того, для комфортного общения, проявления заинтересованности врач должен устанавливать зрительный контакт с пациентом, но когда общение происходит через третье лицо, то основное внимание может быть направлено не на больного, что также оказывает довольно неприятное впечатление [44]. Оценка пациентом оказанной ему помощи зависит от того, как внимательно доктор его слушает и как тщательно всё объясняет [57]. Конечно, людям комфортно, когда врач изъясняется на привычном для них языке. Так, были проведены исследования, обнаруживающие, что пациенты чаще обращаются к профилактическим услугам, если врач использует для общения с ними жестовый язык [58]. Наличие общего языка с работниками сферы здравоохранения является благоприятным фактором для активного использования медицинских услуг.

Люди с нарушениями слуха в большей степени отождествляют себя с представителями культуры глухих, чем с культурой слышащих членов своей семьи. В таком случае они сталкиваются с меньшим количеством препятствий при общении. Поэтому часто информация, взгляды и ценности

распространяются не вертикально: от слышащих родителей к детям, а горизонтально, когда многие вещи становятся им известны от друзей и знакомых с нарушениями слуха, это в том числе касается вопросов в области здравоохранения [59]. Глухие и слабослышащие люди в меньшей степени осведомлены о профилактике заболеваний. Информация о превентивных мерах чаще всего была получена ими от других членов сообщества глухих. Медицинские работники и средства массовой информации реже являлись источниками знаний о профилактике болезней. Люди без нарушений слуха чаще сообщали о том, что врачи спрашивали их о курении, употреблении алкоголя, о прохождении обследования на гипертонию, онкологию, уточняли рост-весовые показатели, в отличие от глухих и слабослышащих пациентов. Люди с нарушениями слуха реже сообщали о том, что они стараются контролировать вес, заниматься физическими упражнениями, проходят медицинские осмотры и избегают вредных привычек для поддержания здоровья [60].

Дети с нарушениями слуха, воспитывающиеся в семье со слышащими родителями, испытывают сложности во взрослой жизни, столкнувшись с системой здравоохранения. У них перед глазами имеется пример, как коммуницирует слышащий пациент среди слышащих медицинских работников. Поэтому они выражают сожаление по поводу того, что не знают, как им самостоятельно ориентироваться в системе здравоохранения [7].

Глухие и слабослышащие пациенты по всему миру высказывают неудовлетворённость оказанными им медицинскими услугами, своим опытом посещения учреждений здравоохранения [61]. Поэтому необходимо предпринимать меры по созданию более комфортных условий для людей с нарушениями слуха, чтобы приверженность лечению и профилактике повышалась.

Глава 2. Материалы и методы

2.1 Материалы исследования

Данная работа представляет собой кросс-секционное исследование с выборкой из 353 участников. Она была проведена в период с 2021 по 2022 годы. Основой работы послужило анонимное анкетирование с помощью опросного метода с использованием электронной формы (Google Forms). Отбор участников происходил по методу простой случайной выборки.

В опросе приняли участие 353 респондента, являющихся глухими или слабослышащими. Большинство составляли женщины - 288 (81,6%) и 65 мужчин (18,4%).

Таблица № 1. Выборка опрошенных

	Процентное значение
Пол	
Женщины	81,6%
мужчины	18,4%
Возраст	
от 35 до 49 лет	47,6%
от 25 до 34 лет	32%
Старше 50 лет	10,5%
от 18 до 24 лет	9,6%
Слух	
Полностью отсутствует	43,9%
Слышат со слуховым аппаратом	40,8%
Частично отсутствует	15,3%

Среди 353 опрошенных преобладали женщины (81,6%). Возраст большинства участников был в диапазоне от 35 до 49 лет (47,6%). Преимущественно среди респондентов встречались люди, у которых имелось

полное отсутствие слуха (43,9% (95%ДИ:38,7-49,1)), чуть меньшую группу составляли люди, слышащие со слуховым аппаратом – 40,8% (95%ДИ:35,7-45,9). Частично отсутствует слух у 15,3% (95%ДИ:11,5-19,1) опрошенных.

2.2 Методы исследования

2.2.1 Анкетирование

Ответы респондентов сохранялись в виде электронной формы (Google Forms).

Анкета была разработана на основании данных литературного обзора, описанного в главе 1 настоящей работы.

Анкета включала блоки вопросов о:

- 1) Поле, возрасте;
- 2) Социально-экономических и трудовых условиях жизни;
- 3) Условиях учебной деятельности;
- 4) Опыте обращения за медицинской помощью;
- 5) Субъективной оценке оказанных медицинских услуг;
- 6) Предложениях по улучшению медико-социальной помощи.

2.2.2 Статистическая обработка результатов

Для сохранения данных и их предварительной обработки использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel 2022.

При статистической обработке полученных данных была использована программа IBM SPSS Statistics версия 23. Для учёта статистической значимости различий между количественными параметрами нормально распределённых данных использовался расчет 95% доверительного интервала.

Глава 3. Результаты собственных исследований

3.1 Социальный портрет пациента с нарушениями слуха

Среди опрошенных 23,5% (95%ДИ:18,9-27,7) были холостыми. Большая часть состояли в браке (67,4% (95%ДИ:62,7-72,5)). В разводе находилось 8,2% (95%ДИ:5,3-11,1) респондентов (Рис. №1).

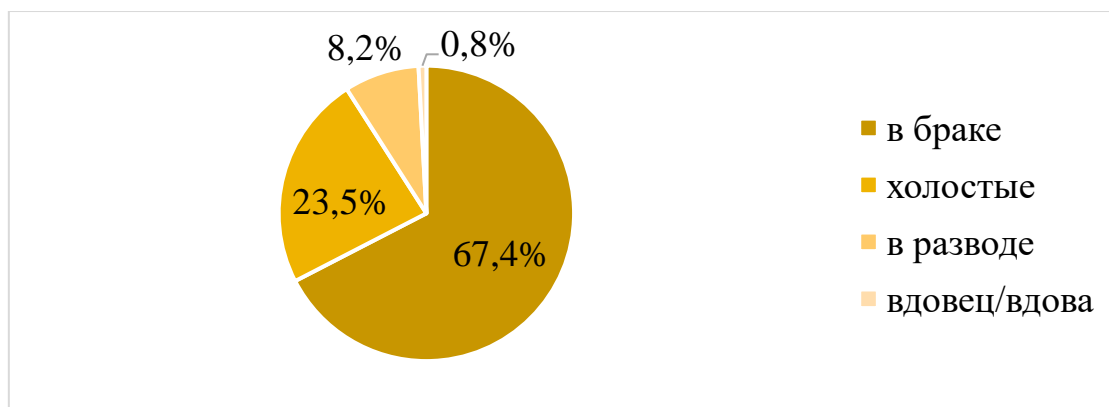


Рисунок 1 - Семейное положение

Наибольшее количество холостых обнаруживается среди тех, у кого наблюдается частичное отсутствие слуха (29,6% (95%ДИ:17,4-41,8)). Среди глухих такое же семейное положение отметили только 18,7% (95%ДИ:12,6-24,8), а по количеству находящихся в браке они лидируют (68,4%(95%ДИ:61,1-75,7)), как и по числу разведённых – 12,3% (95%ДИ:7,1-17,5) (Рис. №2).

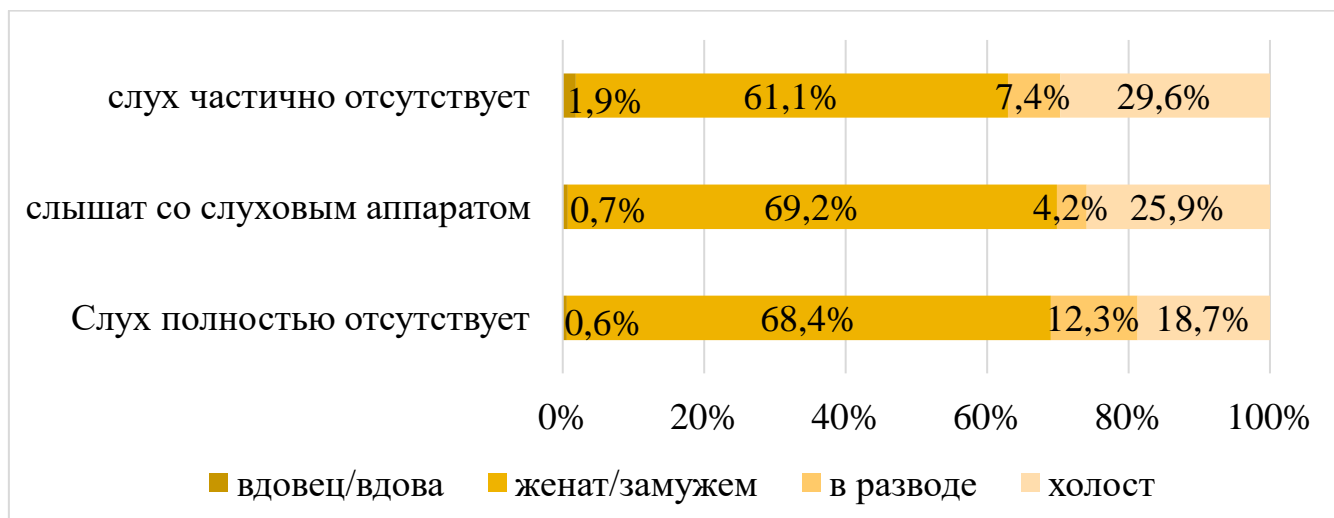


Рисунок 2 - Семейное положение людей с нарушениями слуха

Среди опрошенных чаще всего встречались родители двоих детей (32,4%(95%ДИ:27,5-37,3)). Почти такое же количество имеют лишь одного ребёнка (30,4% (95%ДИ:25,6-35,2)). Полное отсутствие детей отметили 27,8% (95%ДИ:23,1-32,5) респондентов. Наименьшее количество среди опрошенных представляют собой многодетные родители - 9,4% (95%ДИ:6,4-12,4) (Рис. №3).

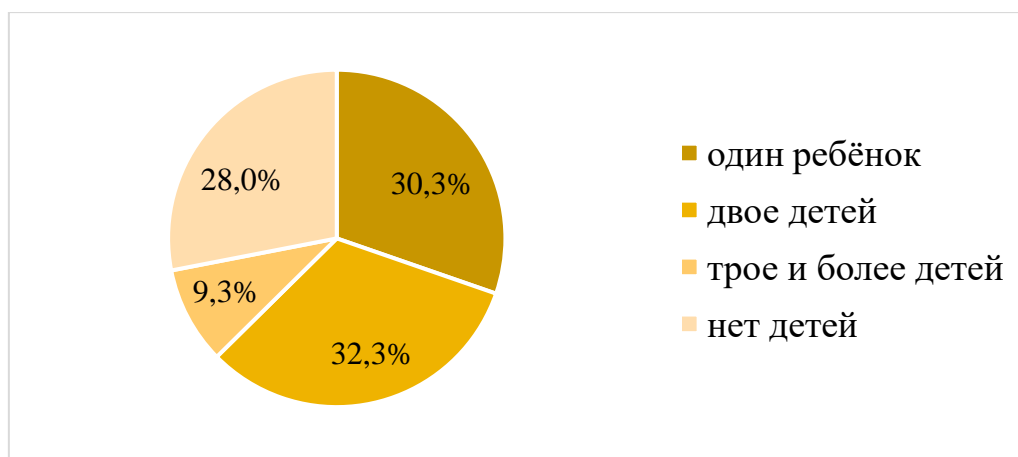


Рисунок 3 Количество детей

Из числа тех, у кого лишь частично отсутствует слух 37,0% (95%ДИ:24,1-49,9) являются бездетными, что больше, чем в группах абсолютно глухих людей (23,2% (95%ДИ:16,6-29,8)) и слышащих со слуховым аппаратом (29,4% (95%ДИ:21,9-36,9)). Многодетность не является высоко распространённым явлением среди глухих и слабослышащих. У лиц с частичным отсутствием слуха наблюдается наибольшее число родителей, на попечении которых находятся трое и более детей – 11,1% (95%ДИ:2,7-19,5); лишь немного уступают им те, кто отметил полное отсутствие слуха – 9,7% (95%ДИ:5,0-14,4) и слышащие со слуховым аппаратом – 8,4% (95%ДИ:3,9-12,9) (Рис. №4).

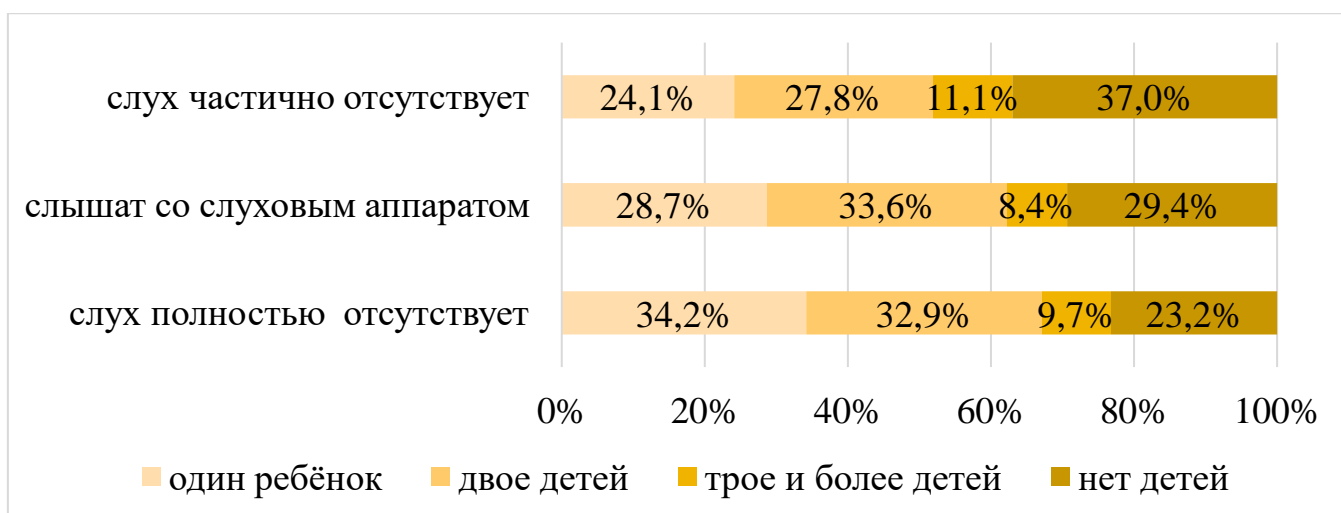


Рисунок 4 - Количество детей у лиц с нарушениями слуха

Среди опрошенных большинство (34,6% (95%ДИ:29,6-39,6)) имело среднее специальное образование. Чуть меньшее количество людей сообщили об оконченном высшем (32,3% (95%ДИ:27,4-37,2)). Среднее образование имели 24,1% (95%ДИ:19,6-28,6), неоконченное высшее – 1,7% (95%ДИ:0,4-3,0), являлись студентами ВУЗов – 7,4% (95%ДИ:4,7-10,1) (Рис.№5).

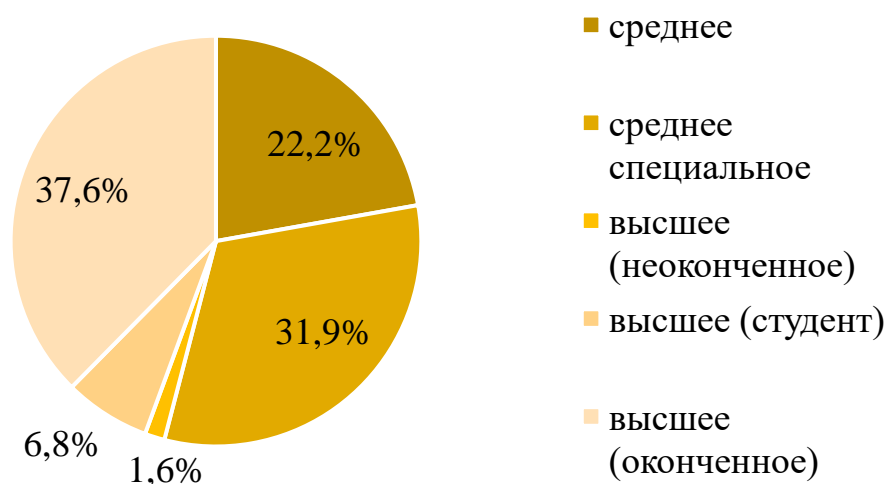


Рисунок 5 - Уровень образования

Несмотря на присутствие в жизни опрошенных семьи, люди с нарушениями слуха всё равно отмечают отсутствие помощи в бытовых, моральных, материальных вопросах (41,6% (95%ДИ:36,5-46,7)). Достаточно

большое количество отмечали помощь родителей (39,7% (95%ДИ:34,6-44,8)).
 Друзья опрошенных тоже участвуют в их жизни, так ответили 22,7% (95%ДИ:18,3-27,1). Несмотря на то, что 67,4% (95%ДИ:62,7-72,5) (Рис.№1) состоят в браке, лишь 23,8% (95%ДИ:19,4-28,2) сообщили о помощи супруга в различных вопросах. Участие детей было отмечено лишь 17,8% (95%ДИ:13,8-21,8) опрошенных. Эти данные говорят нам о том, что несмотря на то, что многие люди с нарушениями слуха имеют семью, они не всегда чувствуют помощь и поддержку со стороны их родных и близких (Рис. №6).

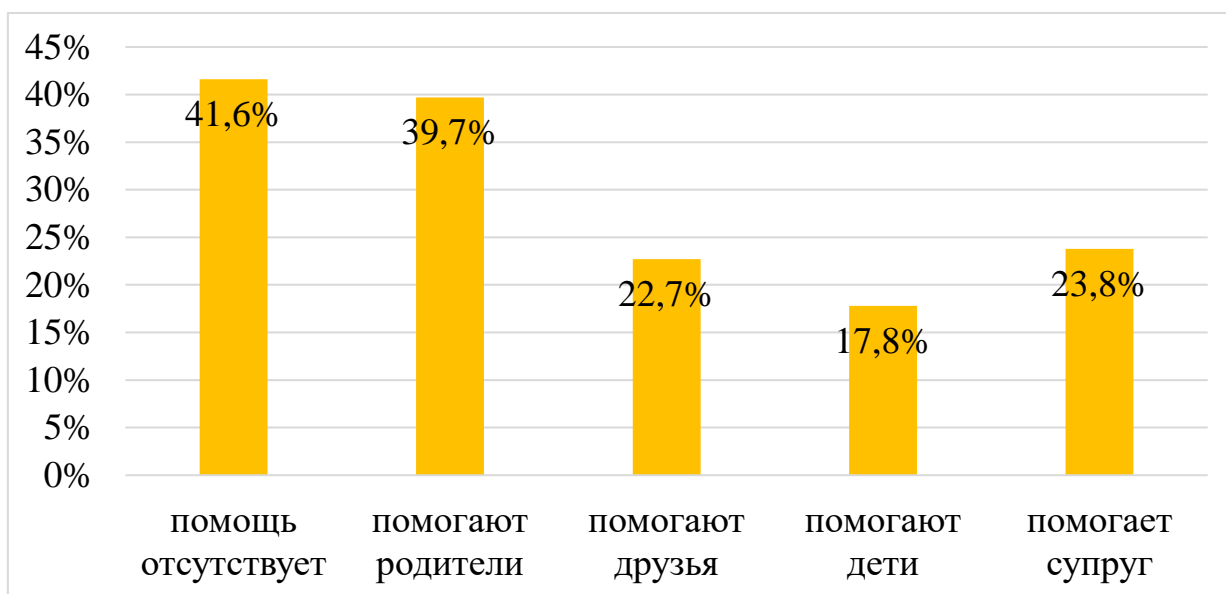


Рисунок 6 - Поддержка и помощь в решении бытовых/моральных/материальных вопросов

Материальная поддержка также имеет важное значение. Среди опрошенных 56,7% (95%ДИ:51,5-61,9) отметили её наличие со стороны государства; 43% (95%ДИ:38,1-48,5) сообщили об отсутствии получения социальных пособий (Рис. №7).

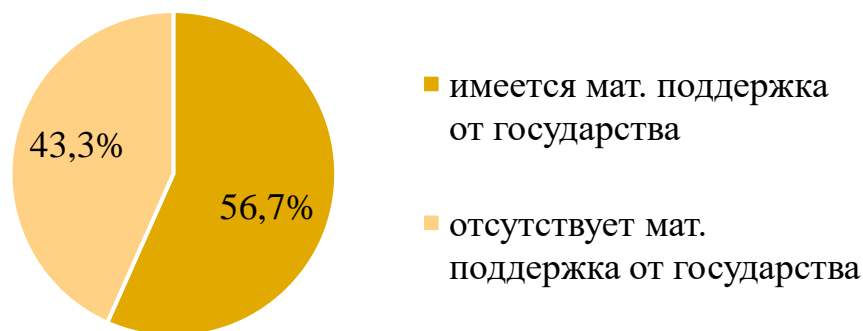


Рисунок 7 - Наличие материальной поддержки от государства в виде материальной помощи

Среди опрошенных людей с нарушениями слуха чаще встречаются те, кто отмечает свою частичную удовлетворённость материальным положением (60,9% (95%ДИ:55,8-66,0)). Меньше респондентов сообщает о полной удовлетворённости (24,4% (95%ДИ:19,9-28,9)). Совсем не удовлетворены 14,7% (95%ДИ:11,0-18,4) опрошенных (Рис.№8).

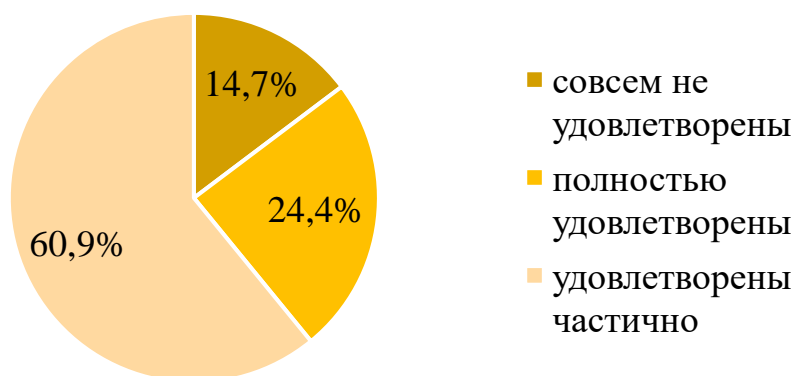


Рисунок 8 - Удовлетворённость материальным положением

Среди тех, кто получает помощь от государства, гораздо больше частично удовлетворённых своим материальным положением (70,4% (95%ДИ:64,1-76,7)). Эта группа показывает достаточно низкую полную неудовлетворённость (15,1% (95%ДИ:10,1-20,1)). Когда речь идёт о людях, не получающих материальную помощь от государства, мы видим, что число

недовольных своим положением значительно больше (36,6% (95%ДИ:29,0-44,2)), из них лишь 48,4% (95%ДИ:40,5-56,3) отметили, что они частично удовлетворены. Полную удовлетворённость своим материальным положением высказало примерно одинаковое количество опрошенных в группах, получающих социальные пособия и не имеющих таковых – около 15,0% людей (Рис.9).

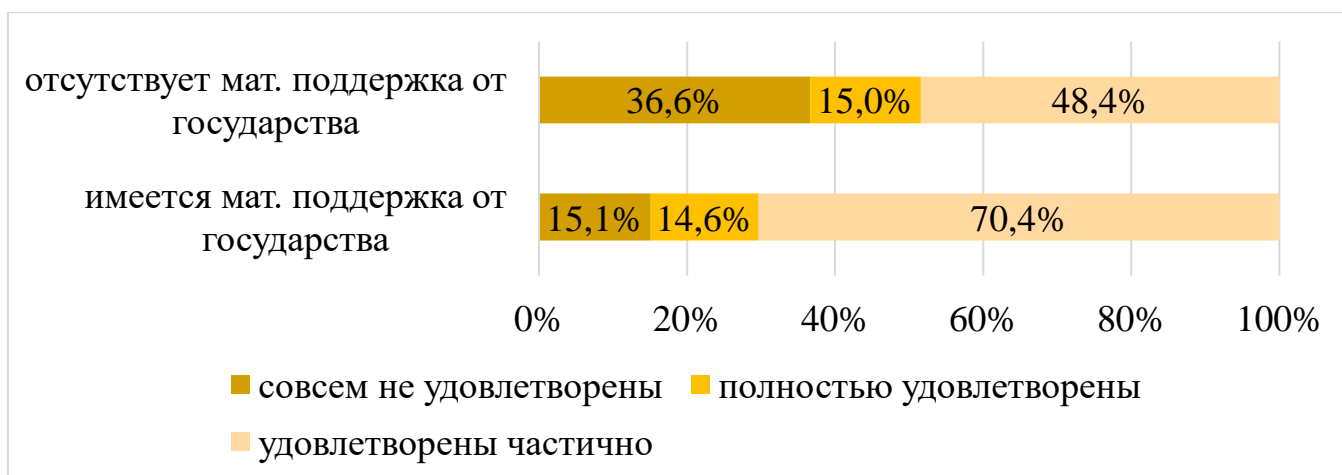


Рисунок 9 - Связь материальной поддержки со стороны государства со степенью удовлетворённости материальным положением

Среди респондентов, слышащих со слуховым аппаратом, доля получающих материальную поддержку со стороны государства выше, чем в других группах (63,6% (95%ДИ:55,7-71,5)). Тогда как в числе абсолютно глухих и имеющих частичное отсутствие слуха наблюдается примерно равное количество людей с и без материальной поддержки (Рис.№10).

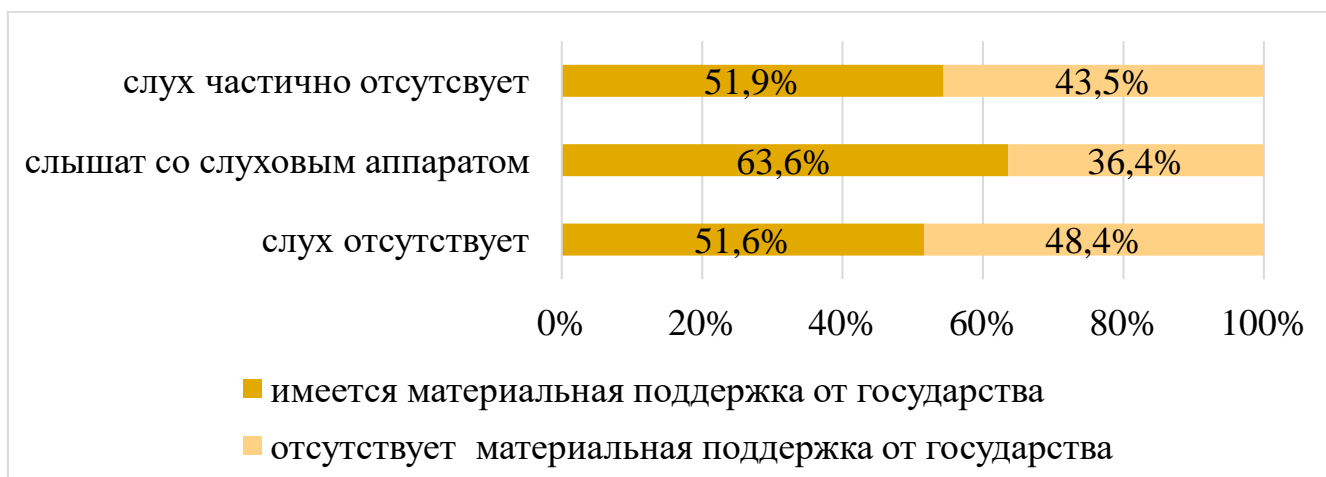


Рисунок 10 - Получение материальной поддержки от государства и наличие слуха

Большая часть опрошенных являлись трудоустроенными (52,4% (95%ДИ:47,2-57,6)). Но достаточно большая группа работы не имели (39,1% (95%ДИ:34,0-44,2)). Остальные 8,5% (95%ДИ:5,6-11,4) были студентами и 4,5% (95%ДИ:2,3-6,7) из них совмещали работу с учёбой (Рис.№11).

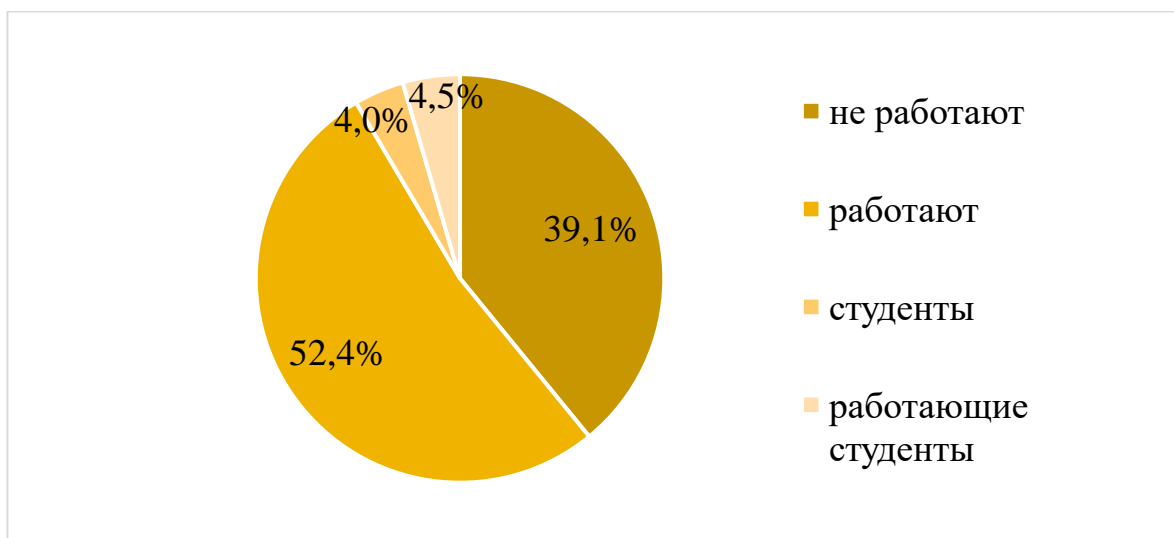


Рисунок 11 - Социальный статус

Как и ожидалось, среди безработных чаще, чем в других группах выявляется недовольство материальным положением (32,8% (95%ДИ:24,9-40,7)) (Рис. №12).

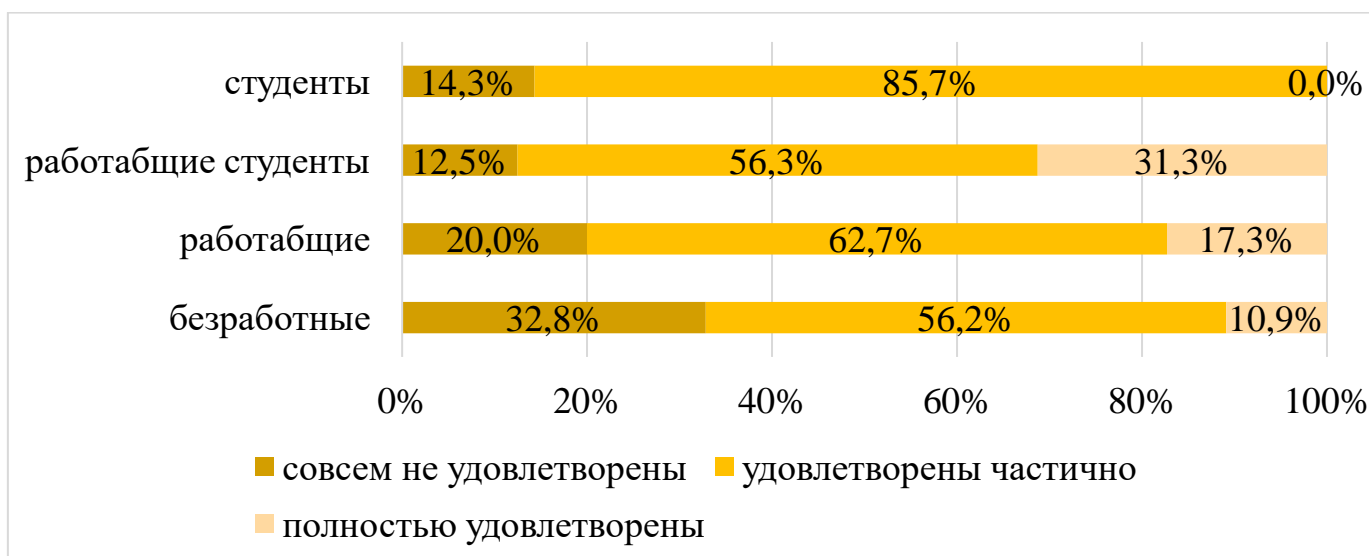


Рисунок 12 - Социальный статус и удовлетворённость материальным положением

3.2 Условия учебной деятельности

Среди опрошенных 90,1% (95%ДИ:87,0-93,2) проходили обучение в специальной школе для людей с нарушениями слуха. Обычную школу посещали лишь 9,9% (95%ДИ:6,8-13,0) респондентов (Рис.№13).

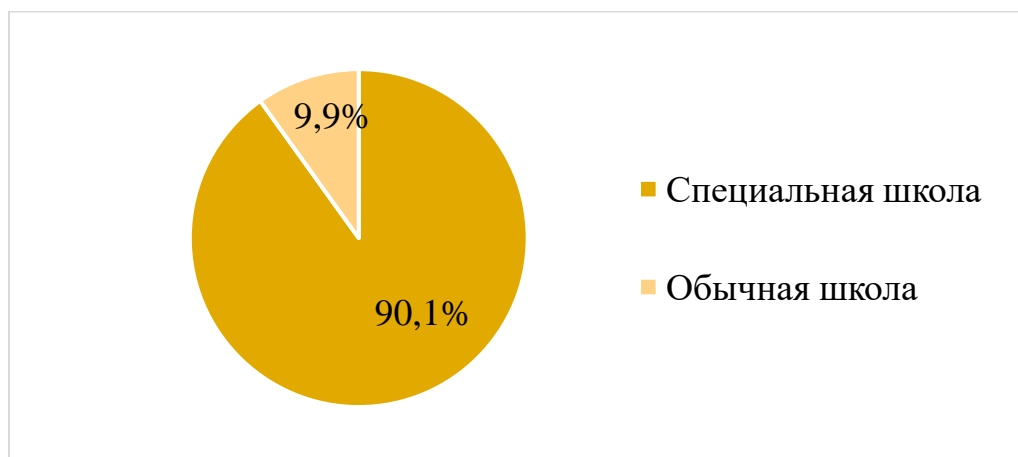


Рисунок 13 - Тип школы, в которой проходило обучение

Высшее или среднее образование большинство опрошенных получали в обычном учебном учреждении (41,2% (95%ДИ:36,1-46,3)); у 31,3% (95%ДИ:26,5-36,1) респондентов обучение проходило в месте, где имелись инклюзивные программы для людей с нарушениями слуха; 27,6% (95%ДИ:22,9-32,3) находились в группах, состоящих только из студентов с нарушениями слуха (Рис.№13).

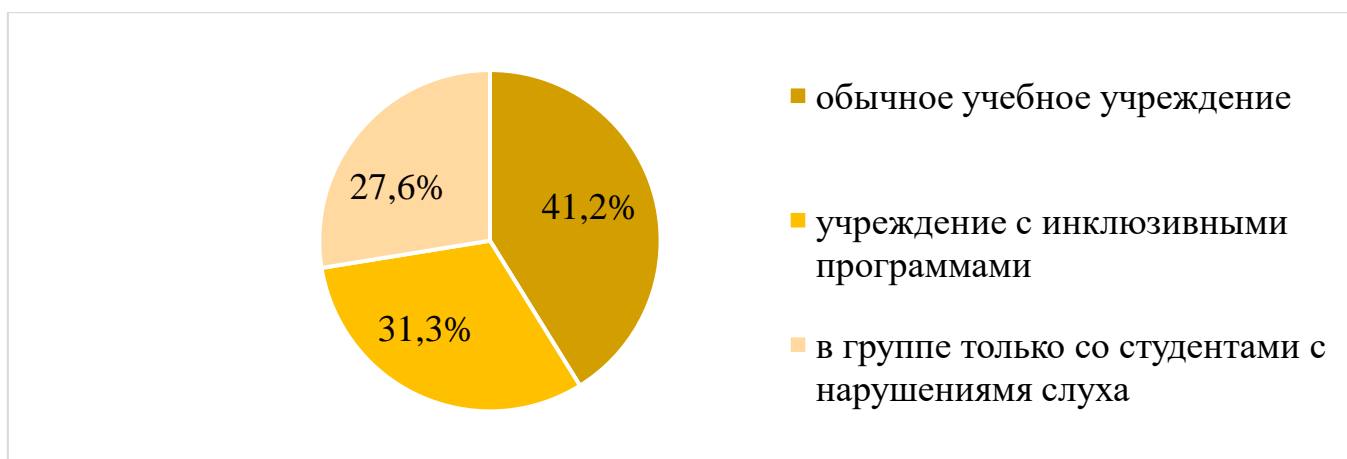


Рисунок 14 - Условия обучения в высшем или среднем специальном учебном заведении

При этом наиболее благоприятная среда отмечалась в школе (49,9% (95%ДИ:44,7-55,1)). Во всех учебных заведениях не нравилось 15,6% (95%ДИ:11,8-19,4) опрошенных. Среди респондентов 11,9% (95%ДИ:8,5-15,3) ответили, что где бы они ни учились, обстановка везде была комфортной. Лишь 8,5% (95%ДИ:5,6-11,4) положительно оценили ВУЗы (Рис.№15).



Рисунок 15 - Учебные заведения, в которых наблюдалась наиболее благоприятная обстановка

Среди глухих и слабослышащих студентов 61,1% (95%ДИ:45,2-77,0) испытывают трудности в обучении (см. рис. №1 в приложении А). Большинство предпочитает очный формат обучения (58,3% (95%ДИ:25,5-

74.4)) (см. рис. №2 в приложении А). Студенты с нарушениями слуха показывают высокую потребность в субтитрах или переводе на жестовый язык (94,4% (95%ДИ:86,9-100)) (Рис.№16). При этом большая часть опрошенных отдаёт предпочтение субтитрам (55,3% (95%ДИ:39,1-71,5)) (см. рис. №3 в приложении А). Также можно пронаблюдать среди студентов желание обособиться от слышащих: 70,3% (95%ДИ:55,4-85,2) хотели бы заниматься в отдельной группе для людей с нарушениями слуха (см. рис. №4 в приложении А).



Рисунок 16 - Потребность в сопровождении лекций

3.3 Предложения по улучшению социальной помощи

В вопросе о предложениях по улучшению социальной помощи с несколькими возможными вариантами ответа одним из самых значимых оказалось принятие мер по повышению информированности об особенностях общения с людьми, имеющими нарушения слуха (61,2% (95%ДИ:56,1-66,3)). Потребность в возможности чаще пользоваться услугами переводчика жестового языка выделили 56,9% (95%ДИ:51,7-62,1) респондентов. Среди опрошенных 40,2% (95%ДИ:35,1-45,3) хотели бы чаще иметь возможность санаторно-курортного лечения. В дополнительной материальной помощи нуждаются 49,6% (95%ДИ:44,4-54,8). Но наиболее важным для глухих и слабослышащих респондентов по мнению 62,0% (95%ДИ:56,9-67,1)

опрошенных оказалось предложение по повышению доступности медицинской помощи (Рис.№17).



Рисунок 17 - Социальные потребности людей с нарушениями слуха

3.4 Опыт обращения за медицинской помощью

Большинство респондентов (87,8% (95%ДИ:84,4-91,2)) в течение жизни обращались за медицинской помощью в государственные поликлиники. Чуть больше половины опрошенных (58,4% (95%ДИ:53,3-63,5)) пользовались услугами платных клиник. У 43,6% (95%ДИ:38,4-48,8) респондентов был опыт посещения государственных больниц по поводу стационарной помощи бесплатно. Платными услугами государственных больниц пользовались 15,9% (95%ДИ:12,1-19,7) опрошенных (Рис.№18).

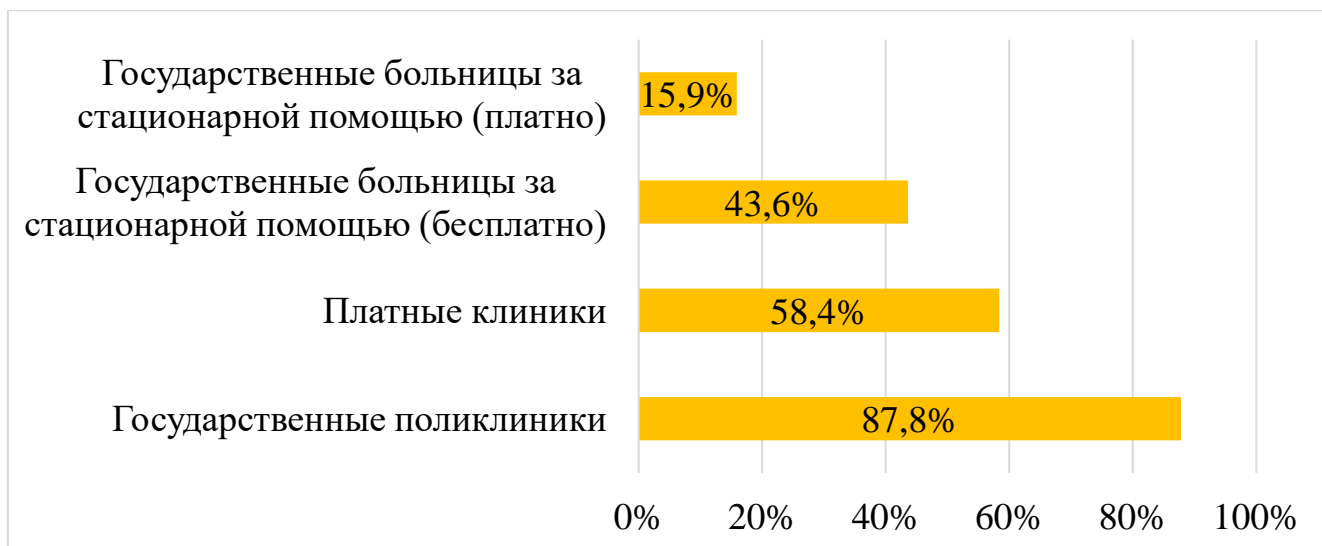


Рисунок 18 - Опыт обращения в медицинские учреждения

Среди респондентов 46,5% (95%ДИ:41,3-51,7) посещают медицинские учреждения 2–4 раза в году. Следом идёт группа, обращающаяся за помощью реже - 1 раз в год (24,9% (95%ДИ:20,4-29,4)); 17,8% (95%ДИ:13,8-21,8) опрошенных посещают медицинские учреждения гораздо чаще – 5–10 раз в году. Находятся и те, кто обращаются за помощью 11 и более раз в году (10,8% (95%ДИ:7,6-14,0)) (Рис.№19).

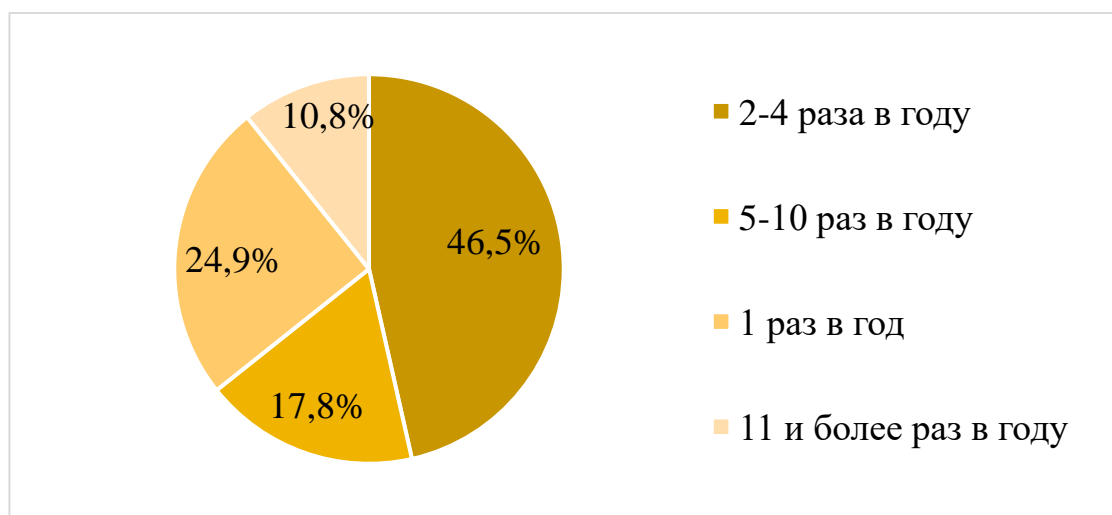


Рисунок 19 - Частота посещения медицинских учреждений

Примечательно, что среди опрошенных 22,1% (95%ДИ:17,8-26,4) никогда не обращаются в медицинские учреждения в профилактических целях; 11,3% (95%ДИ:8,0-14,6) респондентов делают это регулярно – 4 и

более раза в году; 33,1% (95%ДИ:28,2-38,0) - 1 раз в два года и реже; 33,4% (95%ДИ:28,5-38,3) - 1-3 раза в году (Рис.№20).

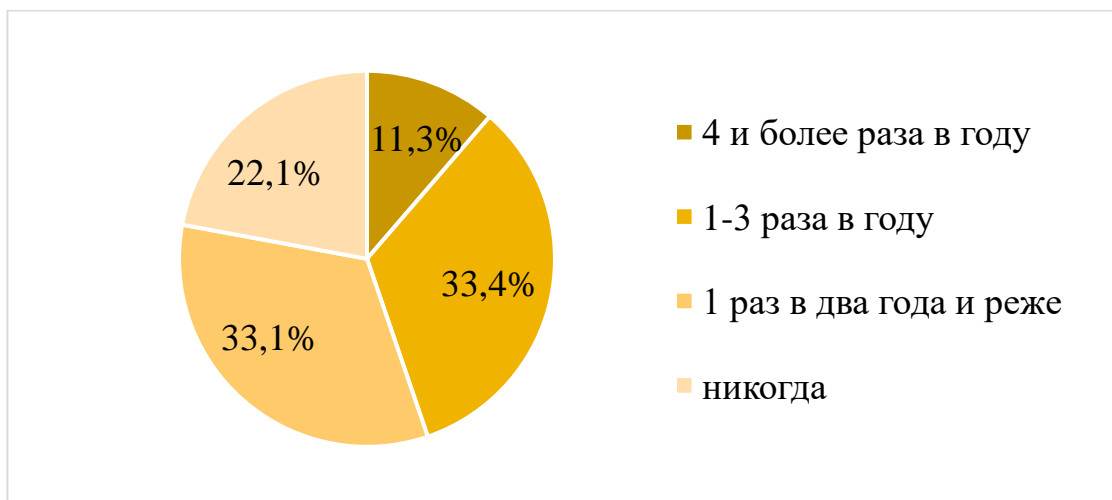


Рисунок 20 - Частота обращения в медицинские учреждения в профилактических целях

Среди людей с полным отсутствием слуха наблюдается большее число респондентов, уделяющих своё время посещению медучреждений в целях профилактики: 52,3% (95%ДИ:44,4-60,2) из них ответили, что делают это регулярно - от 1–3 до 4 и более раз в году; в этой группе наименьшее количество людей ответили, что никогда не посещают медицинские учреждения в целях профилактики (20,6% (95%ДИ:14,2-27,0)). Слышащие со слуховым аппаратом и частично слышащие показывают более печальную статистику. Среди них преобладают те, кто посещает медицинские учреждения в профилактических целях 1 раз в два года и реже (Рис.№21).

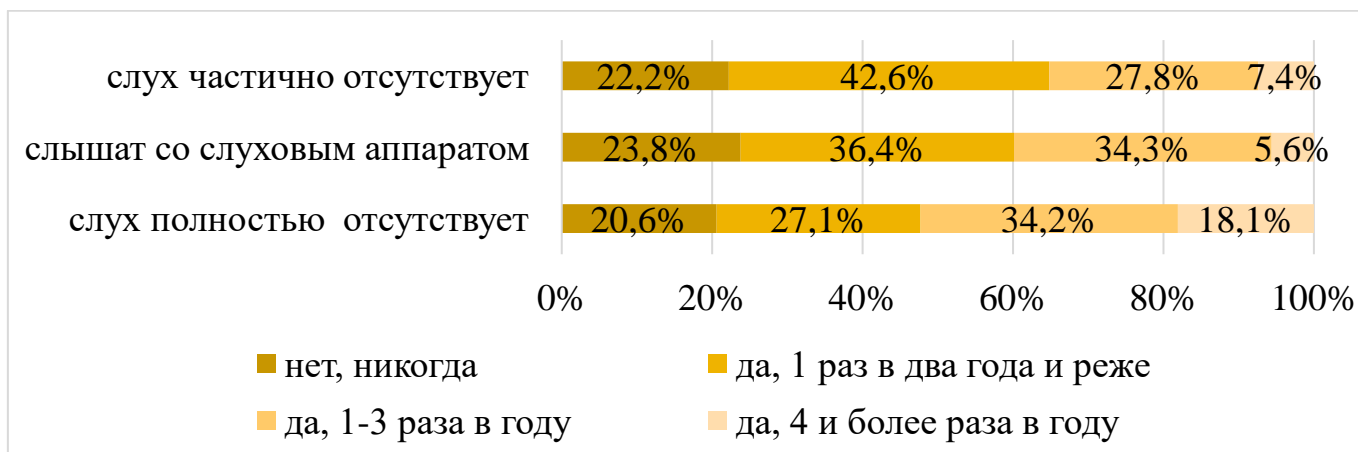


Рисунок 21 - Зависимость посещения медучреждений в профилактических целях от степени нарушения слуха

Опыт обращения в государственные больницы в плановом порядке имели 59,3% (95%ДИ:54,2-64,4) опрошенных (Рис.№22).



Рисунок 22 - Опыт госпитализации в плановом порядке

Также около половины респондентов обращались за медицинской помощью в государственные больницы в экстренном порядке (57,7% (95%ДИ:52,5-62,9)) (Рис.№23).



Рисунок 23 - Опыт госпитализации в экстренном порядке

По результатам опроса о комфортности обстановки и общении с медицинским персоналом мнения распределились следующим образом: больше всего респондентов позитивно оценили условия в платных клиниках - 49,9% (95%ДИ:44,7-55,1); 15,3% (95%ДИ:11,5-19,1) - в государственных

поликлиниках; также 15,3% (95%ДИ: 11,5-19,1) респондентов ощущали себя везде одинаково комфортно; 12,7% (95%ДИ:9,2-16,2) опрошенных оценили условия в государственных больницах при получении бесплатных услуг. Из 15,9% (95%ДИ:12,1-19,7) (Рис.№18), обратившихся за стационарной помощью в государственные больницы платно, меньше половины (6,8% (95%ДИ:4,2-9,4)) оценили обстановку в них как комфортную (Рис.№.24).



Рисунок 24 - Наиболее комфортные в плане условий пребывания и общения с персоналом медицинские учреждения

При посещении медицинских учреждений для общения с персоналом чаще всего устанавливается письменный контакт – 78,8% (95%ДИ:74,5-83,1). Реже глухие и слабослышащие используют чтение по губам (57,2% (95%ДИ:52,0-62,4)). Способность говорить отметили 39,9% (95%ДИ:34,8-45,0) опрошенных. К общению посредством жестового языка прибегали 19,5% (95%ДИ:15,4-23,6) респондентов. Речь медицинского персонала слышали 17,6% (95%ДИ:13,6-21,6) опрошенных (Рис.№25).



Рисунок 25 - Используемые виды коммуникации при посещении медицинских учреждений

При этом, наиболее комфортным для коммуникации среди респондентов признан жестовый язык (72,5% (95%ДИ:67,8-77,2)). Письменный контакт уступает ему, его выбрали 58,9% (95%ДИ:53,8-64,0) пациентов. Чтение по губам удобным считают 31,4% (95%ДИ:26,6-36,2) опрошенных. Устный разговор является приемлемым для 15,9% (95%ДИ:12,1-19,7) респондентов. Это говорит о несоответствии предпочитаемых способов коммуникации с теми, которые приходится использовать на практике (Рис.№26).

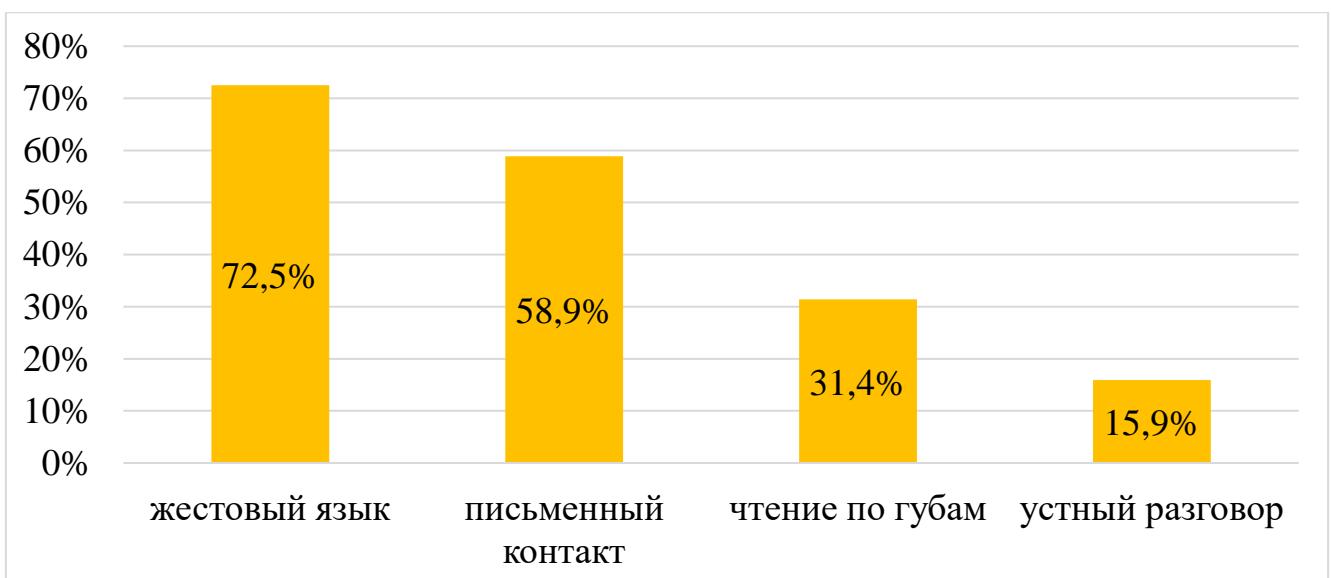


Рисунок 26 Предпочитаемые способы коммуникации при общении с медицинским персоналом

При том, что жестовый язык является наиболее удобным для общения с медицинским персоналом, за услугами переводчика никогда не обращались 58,4% (95%ДИ:53,3-63,5) респондентов; 19,3% (95%ДИ:15,2-23,4) опрошенных делают это менее, чем в половине случаев; 15,6% (95%ДИ:11,8-19,4) - примерно в половине случаев, и лишь 6,8% (95%ДИ:4,2-9,4) прибегали к помощи переводчика при каждом посещении медицинского учреждения (Рис.№27).

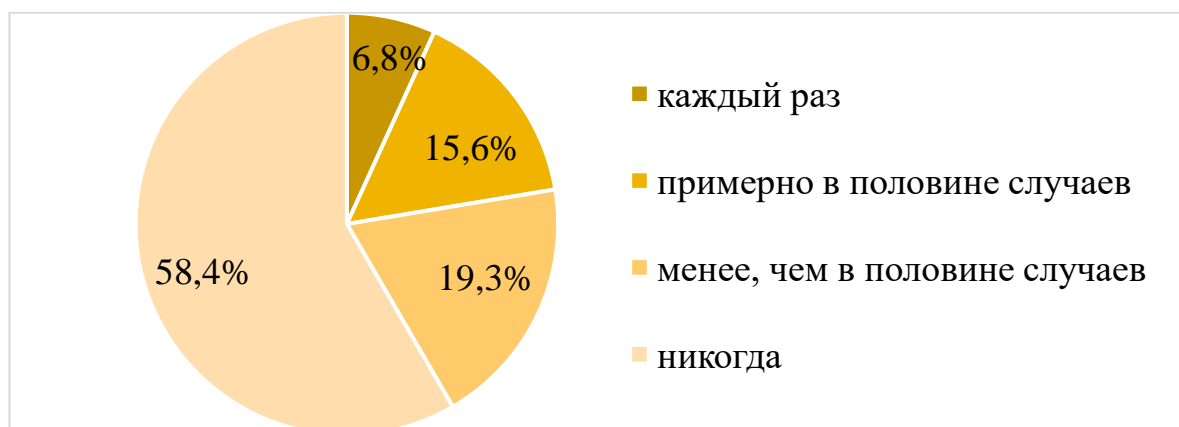


Рисунок 27 - Случаи обращения за услугами переводчика жестового языка при посещении медицинских учреждений

В роли переводчика жестового языка чаще всего выступали друзья/родственники респондентов (58,2% (95%ДИ:53,1-63,3)). Услуги специалистов по переводу были более востребованы у меньшей части опрошенных (41,8% (95%ДИ:36,7-46,9)) (Рис.№28).

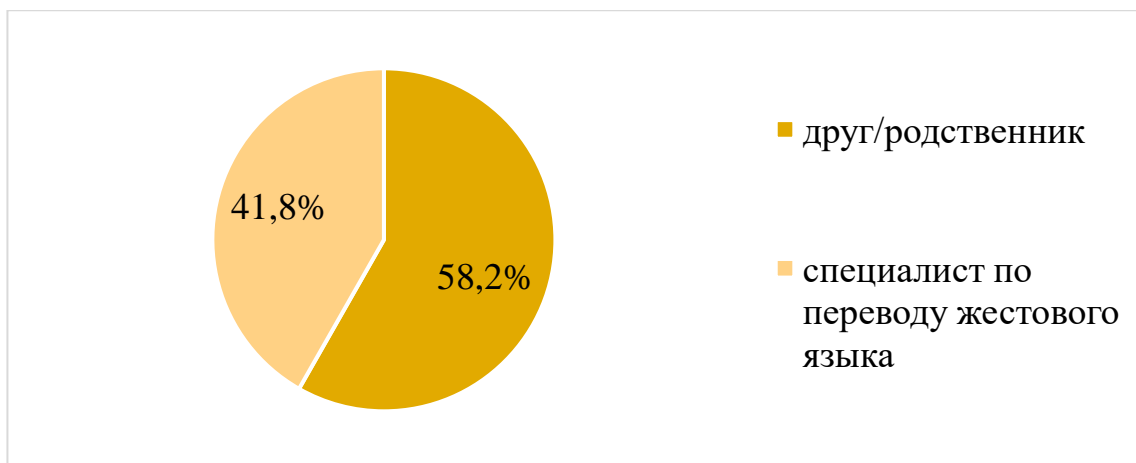


Рисунок 28 - Кто чаще всего выступал в роли переводчика жестового языка

Примечательно, что 58,3% (95%ДИ:53,2-63,4) опрошенных испытывали дискомфорт, когда им приходилось рассказывать о проблемах со здоровьем переводчику жестового языка (Рис.№29).



Рисунок 29 - Дискомфорт при необходимости рассказывать о проблемах со здоровьем переводчику жестового языка

Среди опрошенных 69,7% (95%ДИ:64,9-74,5) сообщили о том, что им было некомфортно при общении с медицинским персоналом (Рис.№30).

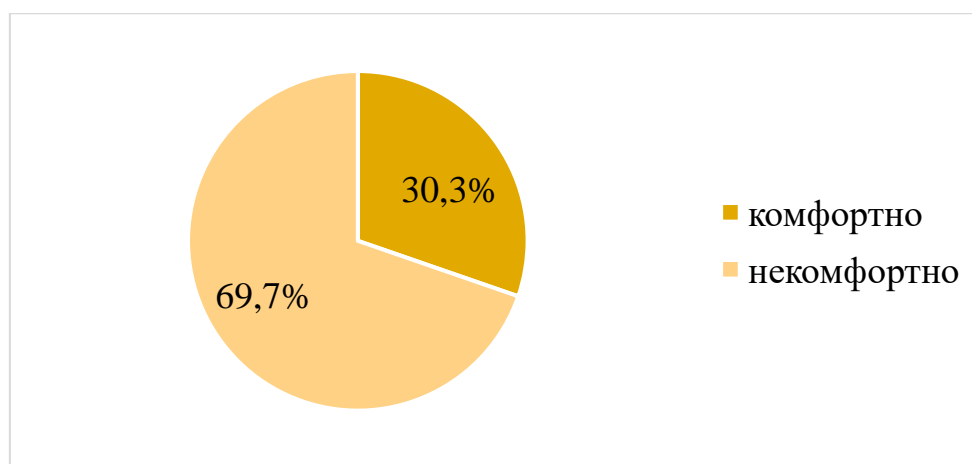


Рисунок 30 Комфорт при общении с медицинским персоналом

В открытом вопросе о проблемах при обращении в медицинские учреждения среди людей, ответивших, что им было некомфортно при общении с медицинским персоналом, был обнаружен ряд проблем, которые повторялись наиболее часто и были связаны между собой. Около одной трети из этой группы опрошенных сообщают о равнодушии и спешке врачей, нежелании отвечать на вопросы, нехватку информации о диагнозе и назначениях, неуважительном отношении к себе. Они высказывались так: «Чувствую себя как рыба в аквариуме, все смотрят и говорят, а я не понимаю, о чем говорят»; «Чувствовала себя как в зоопарке»; «На приёме врачи, когда узнают, что я не слышу, откровенно машут рукой (в значении: о чём с ней можно разговаривать?!), отказываются снимать маску, на просьбу написать вопрос или рекомендацию часто не реагируют, быстро выпишут рецепт, не объясняя зачем он нужен и как применять выписанные препараты, всунут бумажку и жестом просят покинуть кабинет»; «Также несколько раз была такая странная ситуация: врачи диктовали мне, глухому человеку, названия лекарств, о которых я даже не слышала и которые я никак не могла понять, даже читая по губам. Даже когда я просила их все же самим написать на бумажке, а не диктовать, они первое время упирались и не хотели этого делать. И только после того, как я очень настаивала на этом, они с явным недовольством отбирали у меня бумажку с ручкой и сами писали. Я в такие моменты чувствовала себя виноватой, что обременяю их таким «сложным»

занятием. Это было ужасно и очень странно». Многие жаловались на то, то у медицинского персонала отсутствует понимание особенностей людей с нарушениями слуха: «Очень часто случается, когда я говорю, что я плохо слышу, они, похоже, думают, что раз я хорошо говорю, значит хорошо слышу. И продолжают говорить, не снимая маску».

Около одной пятой респондентов, имеющих проблемы с общением с медицинским персоналом, негативно высказались о ношении масок, когда они не могут разобрать обращённую к ним речь: «Трудно читать по губам, когда все в масках. Однажды медицинский работник отказывался войти в моё положение, просто написал что-то на бумаге и сказал не задерживать очередь»; «Не всегда разбираю, что мне говорят. Особенно если человек в маске. Даже в слуховом аппарате не понимаю через маску, а иногда и без маски плохо слышу»; «У меня участились проблемы с тем, что врачи сейчас носят непрозрачные маски, и на мою просьбу снять маски, чтобы я могла прочитать по губам, отвечают отказом. Даже если можем переписываться, мне очень некомфортно, когда не вижу лицо полностью и не могу считать эмоции. Видеть все лицо — это необходимость для моей более-менее нормальной коммуникацией с врачами, т. к. если врач в маске, не могу довериться ему, не могу подробно рассказать о своей болезни/всех симптомов, не могу задать уточняющие вопросы».

Так как в некоторых лечебных учреждениях отсутствует электронная система вызовов в кабинет, небольшое количество опрошенных жалуется на возникающую путаницу, ведь у глухих и слабослышащих нет возможности договориться с людьми в очереди или услышать, когда их вызывают по фамилии: «Самая большая проблема - непонимание особенностей глухих людей. Когда вызывают устно, я не слышу, что надо идти на укол, например. Снимать маску отказываются, приходится пользоваться приложением».

Также существует проблема связи с медицинским учреждением, например, для записи на приём: «Были проблемы по записи, где-то

некоторые не знают, что такое электронная почта, смс или вастап. Все равно звонят по телефону, где я там всегда просила способ связи СМС. Но нет, мне в ответ, пишите номер телефона мамы или друга. А что, если у меня никого не будет?!»

У единиц возникают проблемы с письменной речью и чтением. Меньше 10% респондентов сталкивались с ситуацией, когда врач отказывался от письменного общения.

Также были указаны проблемы при коммуникации через переводчика: «На консультации у врача врач беседовал с переводчиком, не со мной. Задавал вопросы переводчику как к моему сопровождающему, который якобы всё знает».

Некоторые жаловались на отсутствие конфиденциальности, когда медицинский персонал громко разговаривает: «Вокруг меня люди больше знают о моих проблемах, нежели я. Врачи говорят мне громко, так, что все слышат. Полный дискомфорт».

Но помимо проблем, люди выделяли и положительные моменты: «Должен быть медицинский работник со знанием жестового языка для перевода глухому пациенту. Когда я лежала с ковидом в госпитале, врачи, понимая мою проблему в общении, снимали маску и применяли базовые жесты»; «Особых проблем у меня не возникало. Всегда в медицинских учреждениях, и в стационарах, и в поликлиниках разрешали присутствовать одному из моих родителей, которые для меня были переводчиками. Отношение со стороны персонала медицинских учреждений было доброжелательное»; «Особых проблем не было. Всегда врачи общались корректно, доброжелательно. По возможности пытались мне все объяснить»; «Было такое, что мне не понятно, но все равно продолжали говорить, когда я просила написать на бумаге, чтобы 100% мне было понятно, а то всегда сомневаюсь, верно ли поняла, ведь чтение по губам не всегда понятно,

зависит от людей, особенно если быстро говорят, я не успеваю и не понимаю. 3 раза за всю жизнь лежала в больнице. При выписке всегда что-то говорили, я не понимала, мне отвечали: «Ладно, пойдете в поликлинику, и все поймёте». А что трудно сразу на бумаге написать? Но в последний раз, при выписке, дали эпикриз и ещё отдельный лист с замечаниями, вот то, что надо. В первом случае такого не было. В нашей поликлинике участковый терапевт идеальный, как узнал, что я не слышу, понял, пишет или чётко и спокойно говорит, что надо и т.д.. Вот я была довольна. А так врачи разные бывают. Вот невролог была пожилая женщина за 70 лет, я её вообще не поняла, а она была недовольна, я просила написать на бумаге, а она закричала, времени нет!»

При общении с врачом, лишь 42,8% (95%ДИ:37,6-48,0) людей считали, что всегда понимают, о чём хочет сообщить им врач. У большей части опрошенных (57,2% (95%ДИ:52,0-62,4)) такое понимание отсутствовало (Рис.№31).



Рисунок 31 - Понимание сказанного врачом

Группу тех, кто всегда понимает, что хочет сообщить им врач преимущественно составляют люди, с полным отсутствием слуха (50,7% (95%ДИ:42,7-59,7)) (Рис.32).

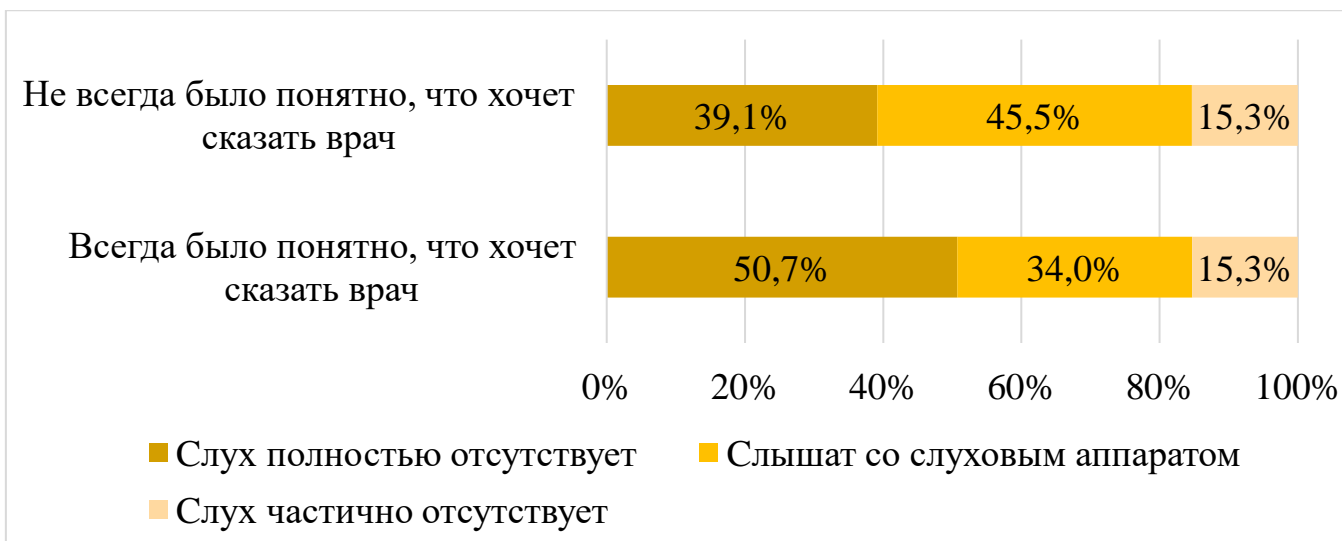


Рисунок 32 - Связь оценки понимания сказанного врачом и слуха

Среди людей, отметивших абсолютную глухоту, примерно в равной степени встречаются понимающие и непонимающие сказанное докторами: 49,0% (95%ДИ:41,1-56,9) и 51,0% (95%ДИ:43,1-58,9) соответственно. Слышащие со слуховым аппаратом чаще отмечают, что им не всегда удаётся разобраться в сказанном врачами (64,3% (95%ДИ:56,4-72,2)). Среди тех, кто сообщает о частичном отсутствии слуха лишь 42,6% (95%ДИ:29,4-55,8) оказались в числе людей, всегда понимающих, что им хочет сообщить доктор. Таким образом, мы видим, что у врачей больше шанс быть понятыми после общения с абсолютно глухими пациентами. Гораздо менее продуктивные беседы чаще бывают, если пациент слышит со слуховым аппаратом (Рис.№33).

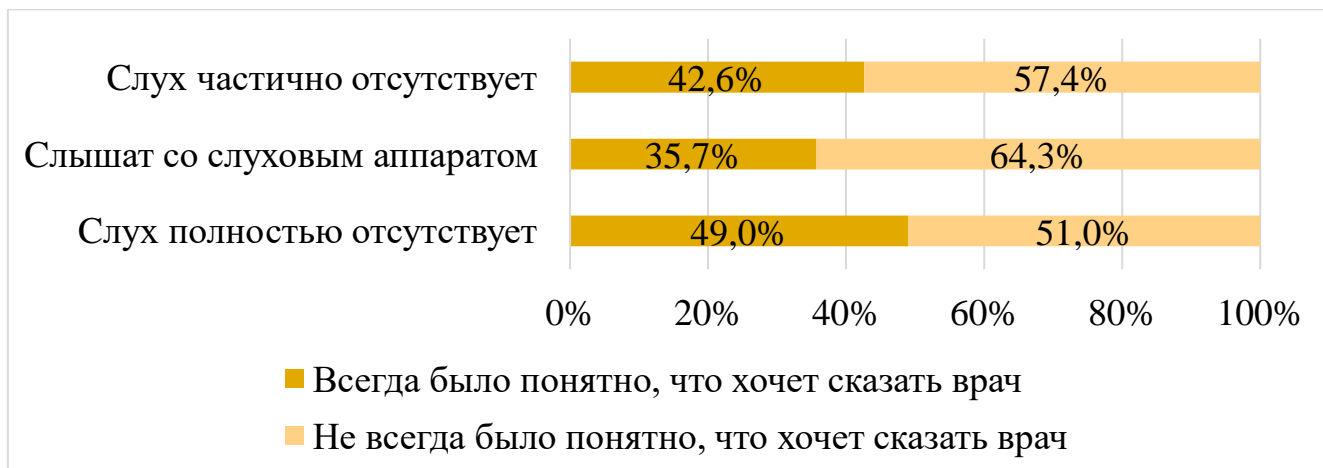


Рисунок 33 - Связь слуха и оценки понимания сказанного врачом

Также выяснилось, что респонденты, имеющие за плечами только среднее образование чаще считают, что всегда понимали то, что им хотел сообщить доктор (54,1% (95%ДИ:43,5-64,7)), в отличие от окончивших высшее и среднее специальное образование, которые чаще отвечали, что имелось недопонимание (Рис.№34).

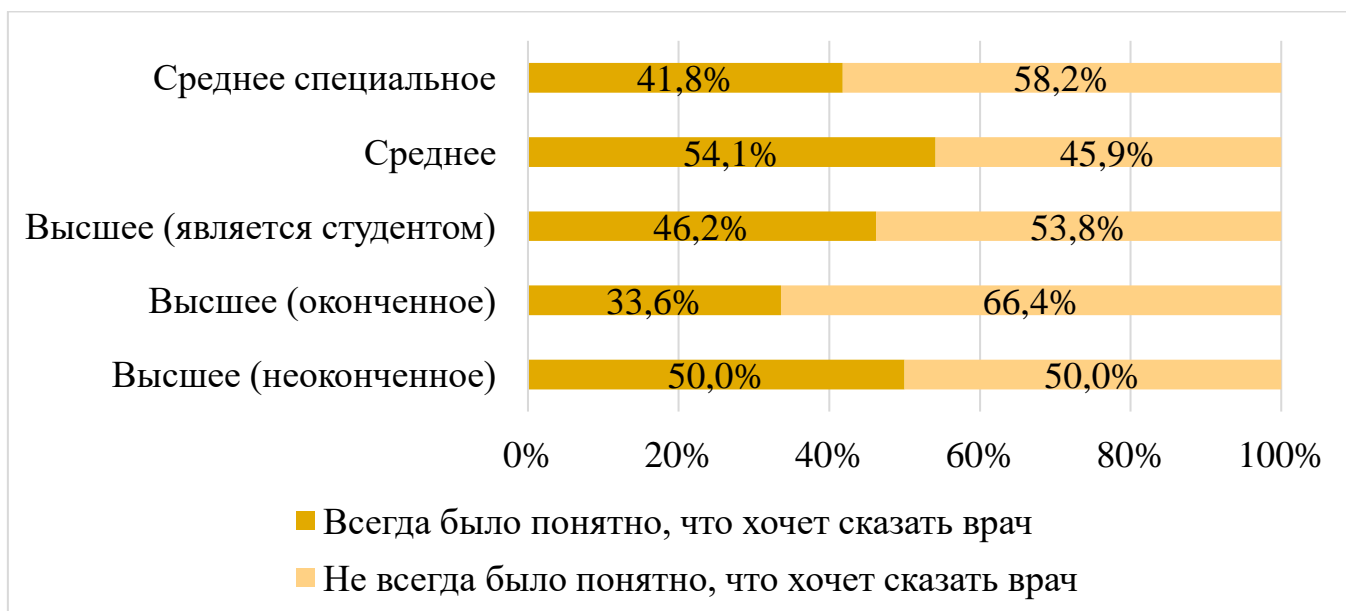


Рисунок 34 - Связь образования и оценки понимания сказанного врачом

Респонденты, полностью удовлетворённые материальным положением, чаще отмечают, что им было понятно, что именно хочет сообщить им врач (55,8% (95%ДИ:42,3-69,3)). В группе полностью недовольных преобладают те, кто отвечал, что у них не всегда было полное понимание сказанного докторами (65,1% (95%ДИ:55,0-75,2)) (Рис.№35).

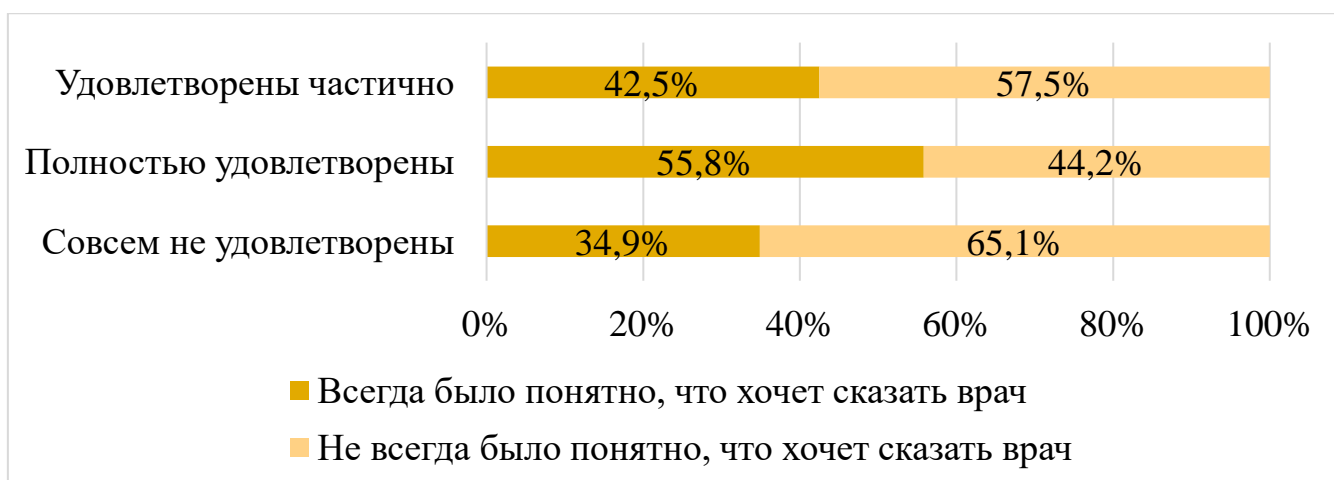


Рисунок 35 - Связь степени материальной удовлетворённости и оценки понимания сказанного врачом

Среди опрошенных 22,9% (95%ДИ:18,5-27,3) считают, что никогда не получали достаточную информацию о порядке и последовательности проведения медицинских манипуляций и процедур; каждый раз получали 18,7% (95%ДИ:14,6-22,8) респондентов; 34,3% (95%ДИ:29,3-39,3) - примерно в половине случаев; 24,1% (95%ДИ:19,6-28,6) - менее чем в половине. Таким образом, видно, что большая часть глухих и слабослышащих людей сталкивалась с получением недостаточной информации от медицинских работников (Рис.№36).



Рисунок 36 - Оценка частоты получения достаточной информации о порядке и последовательности проведения медицинских манипуляций и процедур

3.5 Предложения по улучшению медицинской помощи по мнению пациентов

Опрос о предложениях по улучшению медицинской помощи был проведён с возможностью выбора нескольких ответов. Ответы распределились подобным образом (Табл.№2): установку световых табличек, сообщающих в готовности врача к приёму, выделили 76,8% (95%ДИ:72,4-81,2). Предложение обучить весь медицинский персонал необходимости обеспечения эффективного общения; ознакомить с профессиональными, этическими и юридическими обязательствами указали 60,1% (95%ДИ:55,0-65,2); предоставить краткие, легко читаемые письменные инструкции о том, что делать после встречи - 57,5% (95%ДИ:52,3-62,7); использовать хорошее освещение, чтобы врач (и переводчик с жестового языка) был хорошо освещены - 56,4% (95%ДИ:51,2-61,6). Необходимость подготовки понятных письменных инструкции о том, что делать до прихода врача (например, какую одежду, украшения снять) указали 56,1% (95%ДИ:50,9-61,3) респондентов. Многие (55,0% (95%ДИ:49,8-60,2)) отметили необходимость в рентгенологических кабинетах установить цветные табло, чтобы сигнализировать, когда пациент должен предпринять определенные действия (например, задержать дыхание и вернуться к нормальному дыханию). Для людей с нарушениями слуха важно, чтобы их спрашивали о предпочтительном способе общения (54,1% (95%ДИ:48,9-59,3)). Также они хотят (52,4% (95%ДИ:47,2-57,6)), чтобы медицинские работники во время общения всегда смотрели и говорили напрямую с пациентом, а не с переводчиком жестового языка, членом семьи или другим человеком. Необходимость подготовки понятных письменных инструкций об осмотрах, процедурах и тестированиях выделили 51,8% (95%ДИ:46,6-57,0) опрошенных. Размещать на видном месте в медицинской карте информацию о желаемом способе общения пациента и других личных предпочтениях выбрали 51,6% (95%ДИ:46,4-56,8); установить особые протоколы для эффективной связи на всех этапах оказания помощи; ознакомить с правилами

снятия и возврата слуховых аппаратов в отделениях неотложной помощи и кабинетах радиологии - 50,1% (95%ДИ:44,9-55,3). Предложение принципы врачебной тайны и деонтологии (например, не повышать голос) выбрали 45,9% (95%ДИ:40,7-51,1). Описывать все запланированные медицинские процедуры и информировать пациентов непосредственно перед прикосновением отметили 45,0% (95%ДИ:39,8-50,2) опрошенных. Подготовить картинки или диаграммы, изображающих процедуры; создать брошюры для более подробного обсуждения (например, в хирургии) важно для 44,5% (95%ДИ:39,3-49,7) людей. Следующее предложение было выделено 44,2% (95%ДИ:39,0-49,4) респондентов: для постоянных пациентов заранее спланировать присутствие на приеме необходимого сопровождения (например, переводчика). Периодически просить пациентов резюмировать свое понимание, чтобы выявить недопонимание выбрало 43,9% (95%ДИ:38,7-49,1); придерживаться предпочитаемого пациентом способа общения необходимо по мнению 42,5% (95%ДИ:37,3-47,7). Многие также хотят, чтобы управляющие убедились, что физическая среда соответствует основным стандартам безопасности (например, световой сигнал при пожаре) - 40,5% (95%ДИ:35,4-45,6). Периодически спрашивать пациентов об эффективности общения выбрали 37,4% (95%ДИ:32,4-42,4) опрошенных. Представлять пациентам всех, кто входит в палату, отметили 33,4% (95%ДИ:28,5-38,3). Свести к минимуму фоновый шум хотели бы 23,2% (95%ДИ:18,8-27,6) опрошенных.

Таблица №2. Предложения по улучшению работы медицинской организации по мнению пациентов.

	Предложения по улучшению работы медицинской организации по мнению пациентов	Процент среди всех опрошенных
1	Перед кабинетами использовать световые таблички, сообщающие о готовности врача к приёму.	76,8%

Таблица №2. Предложения по улучшению работы медицинской организации по мнению пациентов (продолжение).

2	Обучить весь медицинский персонал необходимости обеспечения эффективного общения; ознакомить с профессиональными, этическими и юридическими обязательствами.	60,1%
3	Предоставить краткие, легко читаемые письменные инструкции о том, что делать после встречи.	57,5%
4	Использовать хорошее освещение, чтобы врач и переводчик с жестового языка были хорошо освещены.	56,4%
5	Подготовить понятные письменные инструкции о том, что делать до прихода врача (например, какую одежду, украшения снять).	56,1%
6	В рентгенологических кабинетах установить цветные табло, чтобы сигнализировать, когда пациент должен предпринять определенные действия (например, задержать дыхание и вернуться к нормальному дыханию).	55,0%
7	Спрашивать о предпочтительном способе общения.	54,1%
8	Во время общения всегда смотреть и говорить напрямую с пациентом, а не с переводчиком жестового языка, членом семьи или другим человеком.	52,4%
9	Подготовить понятные письменные инструкции об осмотрах или процедурах и тестированиях.	51,8%
10	Разместить на видном месте в медицинской карте информацию о желаемом способе общения пациента и других личных предпочтениях.	51,6%

Таблица №2. Предложения по улучшению работы медицинской организации по мнению пациентов (продолжение).

11	В отделениях неотложной помощи и кабинетах радиологии установить особые протоколы для эффективной связи на всех этапах оказания помощи; ознакомить с правилами снятия и возврата слуховых аппаратов.	50,1%
12	Соблюдать принципы врачебной тайны и деонтологии.	45,9%
13	Описывать все запланированные медицинские процедуры и информировать пациентов непосредственно перед пальпацией.	45,0%
14	Подготовить картинки или диаграммы, изображающие процедуры; иметь брошюры для более подробного обсуждения (например, в хирургии).	44,5%
15	Для постоянных пациентов необходимо заранее спланировать присутствие на приеме необходимого сопровождения (например, переводчика).	44,2%
16	Периодически просить пациентов резюмировать свое понимание, чтобы выявить недопонимание.	43,9%
17	Приложить соответствующие усилия, чтобы придерживаться предпочитаемого пациентом способа общения.	42,5%
18	Убедиться, что физическая среда соответствует основным стандартам безопасности (например, световой сигнал при пожаре).	40,5%
19	Периодически спрашивать пациентов об эффективности общения.	37,4%
20	Представлять пациентам всех, кто входит в палату.	33,4%
21	Свести к минимуму фоновый шум.	23,2%

Заключение

В результате проведённого литературного обзора и собственного исследования можно заключить, что людей с нарушениями слуха стоит рассматривать как культурно-лингвистическое или социолингвистическое меньшинство, так как проблемы со слухом не позволяют им адаптироваться в обществе, в котором общение является чрезвычайно важной социальной нормой [8]. Их особенности приводят к возникновению широкого круга трудностей, включающих многие аспекты жизни, например, трудоустройство, обучение и социальное положение. Так, в ходе данного исследования было выявлено, что многие глухие и слабослышащие респонденты являются безработными (39,1% (95%ДИ:34,0-44,2)); несмотря на то, что большинство опрошенных состоят в браке (67,4% (95%ДИ:62,7-72,5)) и имеют детей (72,0% (95%ДИ:67,3-76,7)), большая часть из них не отмечает поддержки и помощи в решении бытовых, моральных и материальных вопросов (41,6% (95%ДИ:36,5-46,7)); а многие респонденты, являвшиеся студентами сообщали о том, что испытывают трудности с обучением (61,1% (95%ДИ:45,2-77,0)).

Тем не менее пациенты с данной патологией не хотят считать себя инвалидами, они желают чувствовать себя активными членами общества, но при этом они сталкиваются с непониманием медицинского сообщества, которое до сих пор не разобралось с правилами общения с людьми, имеющими нарушения слуха, что выливается в проблемы коммуникации [9], [10].

Среди данного контингента выявляется повышенная заболеваемость определёнными патологиями. Примечательно, что у группы абсолютно глухих и группы слабослышащих чаще выявляют предрасположенность к разным наборам болезней. Так, ХОБЛ, инсульт, гиперхолестеринемия, сердечно-сосудистые заболевания, язвы, гепатит чаще выявлялись у пациентов с умеренной или значительной тугоухостью. А люди, страдающие

абсолютной глухотой, имеют более высокую предрасположенность к сахарному диабету и онкологии [29]. Зарубежные авторы связывают подобные наблюдения с барьерами при получении медицинской помощи, и недостаточной физической нагрузкой. В качестве возможных объяснений этому приводятся психологические особенности, не позволяющие глухим и слабослышающим активно взаимодействовать в социальной среде, отсутствие достаточных данных о физической среде и нарушение адаптации к ней [29]. Улучшения в данной сфере производятся посредством расширения возможностей «спорта глухих».

Состояние здоровья людей с нарушениями слуха имеет свои особенности и часто требует коррекции. Но из-за возникающих коммуникативных барьеров, ряда психических особенностей возникают препятствия на пути к контролю и профилактике заболеваний.

Люди с нарушениями слуха являются уникальной группой по ряду особенностей, к которым относятся языковая идентичность, связанная с наличием навыков владения русским жестовым языком и необходимость привлекать для общения переводчика, что важно учитывать при организации медицинской помощи. При этом можно столкнуться с проблемами, требующими корректного решения. Например, присутствие переводчика жестового языка порой не способствует коммуникации врача и пациента, когда речь идёт о деликатных проблемах интимного характера [56]. Также с этим связана проблема конфиденциальности и сохранения врачебной тайны, когда на приёме присутствует посредник, который может по-разному интерпретировать и использовать полученную информацию, что нарушает права данной категории граждан. Кроме того, медицинские работники, часто, при разговоре с переводчиком выделяют его на передний план, устанавливая с ним зрительный контакт и обращаясь к нему, а не к пациенту.

Одной из особенностей общения врач-пациент является односторонний пассивный стиль [25], [26]. Диалог ещё сильнее усложняется за счёт

специфических терминов, непонятных объяснений, названий лекарственных препаратов, многие из которых недоступны для перевода на жестовый язык, являющийся основным для этой категории граждан [48].

Некоторым глухим и слабослышащим пациентам, при общении с медицинским работником, понимание его речи удаётся достичь за счёт чтения по губам. Но в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, когда все обязаны носить маски, данный тип коммуникации оказывается недоступным, что сказывается на степени усвоения информации, о чём сообщила одна пятая опрошенных, сообщивших о проблемах общения с врачами.

Пациенты с нарушениями слуха испытывают проблемы на всех уровнях грамотности в вопросах здоровья: функциональном, интерактивном и критическом [52]. Это возникает вследствие низкой образованности, сложности с доступом к необходимой медицинской информации и её пониманием, что также зависит от навыков общения медицинских работников. Обычные средства распространения информации для этой категории оказываются недоступны, что ярко проявилось во время пандемии новой коронавирусной инфекции [21]. Это связано с невозможностью услышать выступления медицинских работников по радио и телевидению и быть участниками процесса санитарного просвещения. Кроме того, недостаток знаний о симптомах, факторах риска, неотложной помощи и профилактике касается также сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии [19], [20], [22].

Проблемы организации медицинской помощи этой категории граждан по данным зарубежных авторов практически идентичны выявленным нами. В нашем исследовании эти данные подтверждены, и мы вынуждены с ними согласиться.

Таким образом, данное исследование проблем глухого и слабослышащего пациента позволило провести оценку его социально-демографического портрета. Кроме того, большая часть работы была посвящена выявлению возникающих трудностей при обращении в медицинские учреждения и анализу их деятельности. В числе основных аспектов рассматривалось удобство коммуникации и психологическая сторона общения пациентов с нарушениями слуха и медицинских работников. Был обнаружен недостаток знаний об особенностях коммуникации с глухими и слабослышащими и неумение применять их на практике. Помимо этого, выявилась проблема соблюдения конфиденциальности, которая является важной с точки зрения закона о врачебной тайне в отношении пациентов с нарушениями слуха. Выявленные дефекты организации медицинской помощи данной категории необходимо решать, как с точки зрения изменения порядков и организационных стандартов, так и посредством клинических рекомендаций учитывающих особенности пациентов с данным видом патологии.

Выводы

1. По данным опроса о социальном статусе пациентов с нарушениями слуха обращают на себя внимание следующие аспекты: более двух третей состоят в браке, но при этом выявляется большой процент холостых 23,5% (95%ДИ:18,9-27,7). В числе опрошенных с полным отсутствием слуха преобладает количество замужних и женатых респондентов. Более двух третей имеет детей, причём многодетных среди них достаточно много 9,4%(95%ДИ:6,4-12,4). Доля бездетных респондентов выше в группе с частичным отсутствием слуха. Несмотря на то, что большинство опрошенных состоят в браке и имеют детей, большая часть из них не отмечает поддержки и помощи в решении бытовых, моральных и материальных вопросов (41,6% (95%ДИ:36,5-46,7)). При этом чаще всего для респондентов опорой являются родители (39,7% (95%ДИ:34,6-44,8)). Довольно большой процент 56,7% (95%ДИ:51,5-61,9) отметили поддержку со стороны государства в виде материальной помощи, меньше половины пациентов её не получает. Обращает на себя внимание, что 60% (95%ДИ:55,8-66,0) опрошенных частично удовлетворены своим материальным положением. Опрос показал, что наличие работы, как и присутствие материальной помощи со стороны государства сопряжено с большим чувством удовлетворённости материальным положением. При этом среди респондентов чаще получателями выплат от государства были пациенты, слышащие со слуховым аппаратом. Среди опрошенных преобладает количество имеющих работу (52,4% (95%ДИ:47,2-57,6)), но доля безработных также достаточно велика (39,1% (95%ДИ:34,0-44,2)), что соответствует данным обзора литературы.
2. Так как уровень образования безусловно влияет на медицинскую грамотность, было важно выяснить, какие имеются проблемы с

обучением. Так, выяснилось, что подавляющее большинство посещало специальные школы (90,1% (95%ДИ:87,0-93,2)), а также многие обучались в ВУЗах и средних специальных учебных учреждениях с инклюзивными программами (41,2% (95%ДИ:36,1-46,3)). Почти половина опрошенных отметила школу, как место с более благоприятной обстановкой. Среди студентов с нарушениями слуха преобладает доля тех, кто испытывает трудности с учёбой (61,1% (95%ДИ:45,2-77,0)). В качестве более удобного формата обучения они выбирают очный (58,3% (95%ДИ:25,5-74,4)), с сопровождением лекций в виде субтитров или перевода на жестовый язык (94,4% (95%ДИ:86,9-100)), при этом многие предпочитают заниматься в отдельной группе вместе с людьми, имеющими подобные проблемы (70,3% (95%ДИ:55,4-85,2)). Соответственно, нужно прислушиваться к их потребностям, делая получение образования более комфортным, ведь оно положительно влияет на работу, жизнь и здоровье.

3. Среди респондентов у большинства был опыт обращения в государственные поликлиники (87,8% (95%ДИ:84,4-91,2)); 58,4% (95%ДИ:53,3-63,5) посещали платные клиники; многие также проходили бесплатное (43,6% (95%ДИ:38,4-48,8)) и платное (15,9% (95%ДИ:12,1-19,7)) стационарное лечение в государственных больницах. Среди опрошенных 59,3% (95%ДИ:54,2-64,4) имели опыт плановой госпитализации и 57,7% (95%ДИ:52,5-62,9) - экстренной. Почти половина опрошенных (46,5% (95%ДИ:41,3-51,7)) обращается в медицинские учреждения 2–4 раза в году; 24,9% (95%ДИ:20,4-29,4)- только один раз в году. Достаточно большая доля респондентов либо никогда не обращается за профилактической помощью (11,3% (95%ДИ:8,0-14,6)), либо делает это реже, чем 1 раз в 2 года (33,1% (95%ДИ:28,2-38,0)). При этом

пациенты с полным отсутствием слуха являются самыми частыми посетителями профилактических приёмов: 52,3% (95%ДИ:44,4-60,2) из них ответили, что делают это регулярно: от 1–3 до 4 и более раз в году.

4. Обращает на себя внимание тот факт, что именно платные клиники оценивались как наиболее комфортные в плане обстановки, организации помощи и общении с медицинскими работниками (49,9% (95%ДИ:44,7-55,1)). Лишь 28,0% (95%ДИ:23,3-32,7) остались довольны государственными поликлиниками и больницами.
5. Выяснилось, что хотя наиболее удобным способом общения с медицинскими работниками для опрошенных является жестовый язык (72,5% (95%ДИ:67,8-77,2)), на практике он стоит лишь на 4 месте по применяемости (19,5% (95%ДИ:15,4-23,6)). Самым используемым при посещении медицинских учреждений признан письменный контакт (78,8% (95%ДИ:74,5-83,1)), хотя его применение удобно лишь для 58,9% (95%ДИ:53,8-64,0) респондентов. К чтению по губам приходится прибегать 57,2% (95%ДИ:52,0-62,4) людей. Среди опрошенных 39,9% (95%ДИ:34,8-45,0) способны говорить, но лишь 17,6% (95%ДИ:13,6-21,6) могут слышать. Таким образом, выявляется несоответствие между желаемым способом коммуникации и тем, который приходится применять на практике. Притом, хотя жестовый язык является наиболее удобным для общений с медицинскими работниками, услуги переводчика не являются очень распространёнными. Около 58,4% (95%ДИ:53,3-63,5) респондентов никогда не обращались к нему за помощью. Мы обнаружили, что в качестве переводчика чаще привлекаются друзья и родственники респондентов, нежели сторонние специалисты. Также выявилась одна очень важная проблема: многие опрошенные (58,3% (95%ДИ:53,2-63,4)) ощущали

дискомфорт при необходимости рассказать о проблемах со здоровьем переводчику. Кроме того, 69,7% (95%ДИ:64,9-74,5) сообщили о том, что им не было комфортно при общении с медицинским персоналом.

6. Обращает на себя внимание, что около одной пятой из числа людей, сообщивших о проблемах при общении с медицинским персоналом, подчеркнули, что ношение масок во время пандемии новой коронавирусной инфекции значительно затруднило коммуникацию. Это ухудшило качество организации медицинской помощи в этот период для данной категории граждан.
7. Также выявились проблемы с новыми формами цифрового здравоохранения, которые касались электронной почты, личного кабинета на сайте «Госуслуг», общения в «WhatsApp», необходимость использовать телефонные звонки для связи, что является неудобным, так как пациентам приходится привлекать слышащих лиц.
8. Проблемы также касались отказа врача от удобных для пациента способа общения: письменного, электронного, чтения по губам. К сожалению, далеко не все медицинские работники, по мнению одной трети респондентов, знают специфику коммуникации с глухими и слабослышащими. Это проявляется в недовольстве, раздражительности, спешке, пренебрежительном отношении со стороны врачей и медицинских сестёр, что вызывает напряжение в общении.
9. Также в результате опроса определилась категория проблем, связанных с переводчиками жестового языка. Их присутствие в качестве посредника порой ухудшает коммуникацию между медицинским работником и пациентом. Возникают ситуации, когда

врач всё внимание направляет на переводчика, так как ему удобнее с ним беседовать. Но посредник не может всегда верно интерпретировать состояние пациента, и получается, что он берёт на себя излишние функции по оценке здоровья нанимателя. Одной из специфик является также проблема с конфиденциальностью при присутствии третьих лиц, что затрудняет общение врача и пациента и нарушает врачебную тайну и деонтологию.

10. У многих пациентов возникло непонимание врачебной информации, что связано было с нечеткостью артикуляции, нежеланием повысить громкость голоса, несогласием перейти на письменное общение, слишком непродолжительным временем приёма. Кроме того, выявляются особенности среди глухих и слабослышащих. У пациентов с полным отсутствием слуха чаще, чем у слабослышащих обнаруживается понимание сказанного врачом. Что может быть связано с потребностью в более четкой речи врача, его хорошей артикуляции, минимуме фонового шума для пациентов с частичным нарушением слуха. Так как эти факторы не важны для людей с полным отсутствием слуха, которые используют другие способы общения (письменный контакт, услуги переводчика жестового языка).

11. Нами выявлена связь уровня образования пациента и его степени понимания сказанного врачом. Лучшие коммуникативные отношения с врачом сложились у респондентов со средним образованием, а также у студентов. У лиц с высшим образованием более низкая оценка общения с доктором, что может быть связано со сложностями взаимоотношений. Кроме того, у лиц с более высокой степенью материальной удовлетворённости выше понимание в отношениях врач-пациент, чем у неудовлетворённых

материальным положением, что может быть связано с более высокой социальной напряжённостью в этой группе.

12. Значимая часть респондентов сообщила о том, что никогда (22,9% (95%ДИ:18,5-27,3)) не получала достаточную информацию о порядке и последовательности проведения медицинских манипуляций и процедур и 24,1% (95%ДИ:19,6-28,6) считали эту информацию достаточной менее чем в половине случаев.

13. Многие из опрошенных хотели бы чаще иметь возможность санаторно-курортного лечения (40,2% (95%ДИ:35,1-45,3)), дополнительную материальную поддержку (49,6% (95%ДИ:44,4-54,8)), возможность чаще использовать переводчика жестового языка (56,9% (95%ДИ:51,7-62,1)). Но самую большую потребность респонденты с нарушениями слуха испытывают в информировании об особенностях общения с ними (61,2% (95%ДИ:56,1-66,3)) и в повышении доступности медицинских услуг (62,0% (95%ДИ:56,9-67,1)).

14. Среди предложений по улучшению по оказанию медицинской помощи по мнению респондентов наиболее значимыми оказались несколько групп:

1) Установка указателей: световых табличек, уведомляющих о готовности врача к приёму (76,8 (95%ДИ:72,4-81,2)), и отражающих указания к действиям в рентгенологических кабинетах (55% (95%ДИ:49,8-60,2)).

2) Соблюдение правил коммуникации: обучение медицинского персонала особенностям общения с глухими и слабослышащими (60,1% (95%ДИ:55,0-65,2)), спрашивать о предпочитаемом способе коммуникации (54,1% (95%ДИ:48,9-59,3)), и размещение этой информации в медицинской карте (51,6% (95%ДИ:46,4-56,8))

смотреть и говорить напрямую с пациентом, а не с переводчиком (52,4% (95%ДИ:47,2-57,6)), соблюдать принципы врачебной тайны и деонтологии (45,9% (95%ДИ:40,7-51,1)).

3) Предоставление письменных инструкций, сообщающих, что делать пациенту до (56,1%(95%ДИ:50,9-61,3)) и после (57,5%(95%ДИ:52,3-62,7)) приёма, рассказывающих о ходе и порядке проведения процедур (51,8%(95%ДИ:46,6-57,0))

4) Использование хорошего освещения (56,4% (95%ДИ:51,2-61,6)), что важно для чтения по губам, установка световых табличек в рентгенологических кабинете и т.д.

15. Кроме указанного выше, мы делаем принципиальное предложение по подготовке методических пособий для врачей по общению с пациентами, имеющими нарушения слуха. Для улучшения качества оказания медико-социальной помощи людям с нарушениями слуха требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

Список литературы

1. WHO. World Report On Hearing // Human Rights Watch. 2021. 1–272 p.
2. Варинова О.А. Особенности описания социального сообщества глухих людей // Теория и практика общественного развития. 2020. Том. 7, № 149. с. 44–48.
3. Ralston E., Zazove P., Gorenflo D.W. Physicians' Attitudes and Beliefs About Deaf Patients // J. Am. Board Fam. Pract. 1996. Vol. 9, № 3. P. 167 LP – 173.
4. Пальцев М. А., Белушкина Н. Н., Чабан Е.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. Том. 2, № 2. с. 48–54.
5. Rogers K.D., Ferguson-Coleman E., Young A. Challenges of Realising Patient-Centred Outcomes for Deaf Patients // Patient. Springer International Publishing, 2018. Vol. 11, № 1. P. 9–16.
6. Pereira P.C.A., De Carvalho Fortes P.A. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients // Am. Ann. Deaf. 2010. Vol. 155, № 1. P. 31–37.
7. Sheppard K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories // J. Am. Assoc. Nurse Pract. 2014. Vol. 26, № 9. P. 504–510.
8. Астахова Н. В., Большаков Н. В. Паттерны культурного потребления глухих и слабослышащих: инклюзия или изоляция? // Журнал исследований социальной политики. 2017. Том 15, №1, с. 51-66.
9. Harris R. Introduction to American Deaf Culture by Thomas K. Holcomb // Sign Lang. Stud. 2014. Vol. 14. P. 406–410.
10. Sheppard K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories // J. Am. Assoc. Nurse Pract. 2014. Vol. 26, № 9.

11. Muñoz-Baell I.M. et al. Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? [Deaf communities: patients or citizens?] // *Gac. Sanit.* 2011. Vol. 25, № 1. P. 72–78.
12. Базоев В. З.. Билингвизм и образование глухих: современные тенденции // *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина.* 2016. Том. 4, № 2. P. 320–330.
13. Dixon P.R. et al. Health-Related Quality of Life Changes Associated With Hearing Loss // *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg.* American Medical Association, 2020. Vol. 146, № 7. P. 630–638.
14. Мамедова Е.Ю. Трудоустройство лиц с нарушением слуха: проблемы и перспективы // *Вестник психофизиологии.* 2018. № 2. с. 158–164.
15. Traxler C.B. The Stanford Achievement Test, 9th Edition: National Norming and Performance Standards for Deaf and Hard-of-Hearing Students // *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 2000. Vol. 5, № 4. P. 337–348.
16. Young A., Hunt R. Research with d/Deaf people. Methods review (9) // *NIHR Sch. Soc. Care Res.* 2011. № November 2014.
17. Levin-Zamir D., Bertschi I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* MDPI, 2018. Vol. 15, № 8. P. 1643.
18. Амлаев К. Д.Х. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификации, методы оценки // *Врач.* 2018. Том. 29, № 6. с. 83–86.
19. Margellos-Anast H., Estarziou M., Kaufman G. Cardiovascular disease knowledge among culturally Deaf patients in Chicago // *Prev. Med. (Baltim).* 2006. Vol. 42, № 3. P. 235–239.
20. McKee MM, McKee K, Winters P, Sutter E P.T. Higher Educational Attainment but not Higher Income is Protective for Cardiovascular Risk in Deaf American Sign Language (ASL) Users // *Disabil. Health J.* 2014. Vol.

- 7, № 1. P. 49–55.
21. Almusawi H. et al. Disparities in health literacy during the COVID-19 pandemic between the hearing and deaf communities. // *Res. Dev. Disabil.* 2020. Vol. 119, № January.
 22. Zazove P. et al. Cancer prevention knowledge of people with profound hearing loss // *J. Gen. Intern. Med.* 2009. Vol. 24, № 3. P. 320–326.
 23. Zazove P. et al. Deaf persons' english reading levels and associations with epidemiological, educational, and cultural factors // *J. Health Commun.* 2013. Vol. 18, № 7. P. 760–772.
 24. Levy H., Janke A. Health Literacy and Access to Care // *J. Health Commun.* 2016. Vol. 21 Suppl 1, № Suppl. P. 43–50.
 25. Dewalt D.A. et al. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature // *J. Gen. Intern. Med.* Blackwell Science Inc, 2004. Vol. 19, № 12. P. 1228–1239.
 26. Schillinger D. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities // *Stud. Health Technol. Inform.* 2020. Vol. 269. P. 22–41.
 27. Pollard R.Q., Barnett S. Health-Related Vocabulary Knowledge Among Deaf Adults // *Rehabil. Psychol.* 2009. Vol. 54, № 2. P. 182–185.
 28. Bennett I.M. et al. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults // *Ann. Fam. Med.* American Academy of Family Physicians, 2009. Vol. 7, № 3. P. 204–211.
 29. Glassman J. et al. Health Status of Adults with Hearing Loss in the United States // *Audiol. Res.* 2021. Vol. 11, № 1. P. 100–111.
 30. Schoenborn C., Heyman K. Health Disparities Among Adults With Hearing

- Loss : // NCHS Heal. E-Stats. 2008. № May 2008. P. 1–14.
31. Aguilar C. et al. Association Between Hearing Impairment and the Quality of Life of Elderly Individuals // J. Am. Geriatr. Soc. 1990. Vol. 38, № 1. P. 45–50.
 32. Shukla A. et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review // Otolaryngol. - Head Neck Surg. (United States). 2020. Vol. 162, № 5. P. 622–633.
 33. Lin F.R. et al. Hearing Loss and Cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging // Neuropsychology. 2011. Vol. 25, № 6. P. 763–770.
 34. Lin F.R. Hearing loss and cognition among older adults in the United States // Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci. 2011. Vol. 66 A, № 10. P. 1131–1136.
 35. Freene N. et al. “Physical activity at home (PAAH)”, evaluation of a group versus home based physical activity program in community dwelling middle aged adults: Rationale and study design // BMC Public Health. 2011. Vol. 11.
 36. Nauman J. et al. Prediction of Cardiovascular Mortality by Estimated Cardiorespiratory Fitness Independent of Traditional Risk Factors: The HUNT Study // Mayo Clin. Proc. Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2017. Vol. 92, № 2. P. 218–227.
 37. Turner R.R. et al. Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer // Cochrane Database Syst. Rev. 2018. Vol. 2018, № 9.
 38. Carbone S. et al. Obesity, risk of diabetes and role of physical activity, exercise training and cardiorespiratory fitness // Prog. Cardiovasc. Dis. Elsevier Inc., 2019. Vol. 62, № 4. P. 327–333.
 39. Tsang S.H., Aycinena A.R.P., Sharma T. Ciliopathy: Usher Syndrome BT - Atlas of Inherited Retinal Diseases / ed. Tsang S.H., Sharma T. Cham:

- Springer International Publishing, 2018. P. 167–170.
40. Tsang S.H., Aycinena A.R.P., Sharma T. Ciliopathy: Alström Syndrome BT - Atlas of Inherited Retinal Diseases / ed. Tsang S.H., Sharma T. Cham: Springer International Publishing, 2018. P. 179–180.
 41. Uchino B.N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes // J. Behav. Med. 2006. Vol. 29, № 4. P. 377–387.
 42. Bott A., Saunders G. A scoping review of studies investigating hearing loss, social isolation and/or loneliness in adults // Int. J. Audiol. Taylor & Francis, 2021. Vol. 60, № sup2. P. 30–46.
 43. Lieu, C. C., Sadler, G. R., Fullerton, J. T., & Stohlmann P.D. Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. // Medsurg Nurs. 2007. Vol. 16, № 4. P. 239–245.
 44. Iezzoni L.I. et al. Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing // Ann. Intern. Med. American College of Physicians, 2004. Vol. 140, № 5. P. 356–362.
 45. Steinberg A.G., Sullivan V.J., Loew R.C. Cultural and Linguistic Barriers to Mental Health Service Access: The Deaf Consumer's Perspective // Am. J. Psychiatry. American Psychiatric Publishing, 1998. Vol. 155, № 7. P. 982–984.
 46. Smeijers A.S., Pfau R. Towards a treatment for treatment: on communication between general practitioners and their deaf patients // Sign Lang. Transl. Interpret. 2009. Vol. 3, № 1. P. 1–14.
 47. Kuenburg A., Fellingner P., Fellingner J. Health Care Access Among Deaf People // J. Deaf Stud. Deaf Educ. 2016. Vol. 21, № 1. P. 1–10.
 48. Hommes R.E. et al. American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients

- // J. Community Health. Springer US, 2018. Vol. 43, № 5. P. 956–961.
49. Iezzoni L.I. et al. Quality Dimensions That Most Concern People With Physical and Sensory Disabilities // Arch. Intern. Med. 2003. Vol. 163, № 17. P. 2085–2092.
 50. Barnett S., Franks P. Health Care Utilization and Adults Who Are Deaf: Relationship with Age at Onset of Deafness // Health Serv. Res. 2002. Vol. 37, № 1. P. 103–118.
 51. Bartlett G. et al. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings // CMAJ. Canadian Medical Association, 2008. Vol. 178, № 12. P. 1555–1562.
 52. Yang G. et al. Emergency Department Use and Risk Factors among Deaf American Sign Language Users // Disabil. Heal. J. 2015. Vol. 344, № 6188. P. 1173–1178.
 53. Genter D.J. et al. Association of Hearing Impairment with Risk of Hospitalization in Older Adults // J. Am. Geriatr. Soc. 2015. Vol. 63, № 6. P. 1146–1152.
 54. Chang J.E. et al. Hospital Readmission Risk for Patients with Self-Reported Hearing Loss and Communication Trouble // J. Am. Geriatr. Soc. 2018. Vol. 66, № 11. P. 2227–2228.
 55. Mahmoudi E. et al. Hearing Loss and Healthcare Access among Adults // Semin. Hear. 2021. Vol. 42, № 1. P. 47–58.
 56. Arulogun O.S. et al. Experiences of girls with hearing impairment in accessing reproductive health care services in Ibadan, Nigeria. // Afr. J. Reprod. Health. 2013. Vol. 17, № 1. P. 85–93.
 57. Tak H., Ruhnke G.W., Shih Y.-C.T. The Association between Patient-Centered Attributes of Care and Patient Satisfaction // Patient - Patient-Centered Outcomes Res. 2015. Vol. 8, № 2. P. 187–197.

58. McKee M.M. et al. Impact of communication on preventive services among deaf American Sign Language users // *Am. J. Prev. Med.* 2011. Vol. 41, № 1. P. 75–79.
59. Pendergrass K.M. et al. Deaf: A Concept Analysis From a Cultural Perspective Using the Wilson Method of Concept Analysis Development // *Clin. Nurs. Res.* SAGE Publications Inc, 2017. Vol. 28, № 1. P. 79–93.
60. Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H Z.P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals // *Arch. Fam. Med.* 2000. Vol. 9, № 6. P. 518–526.
61. Iezzoni L.I. et al. Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing // *Ann. Intern. Med.* 2004. Vol. 140, № 5.

Приложение А

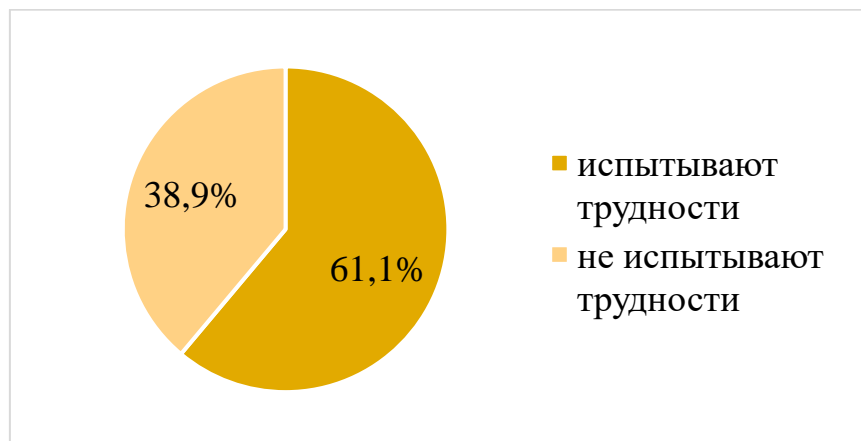


Рисунок - 1 Наличие трудностей в учёбе

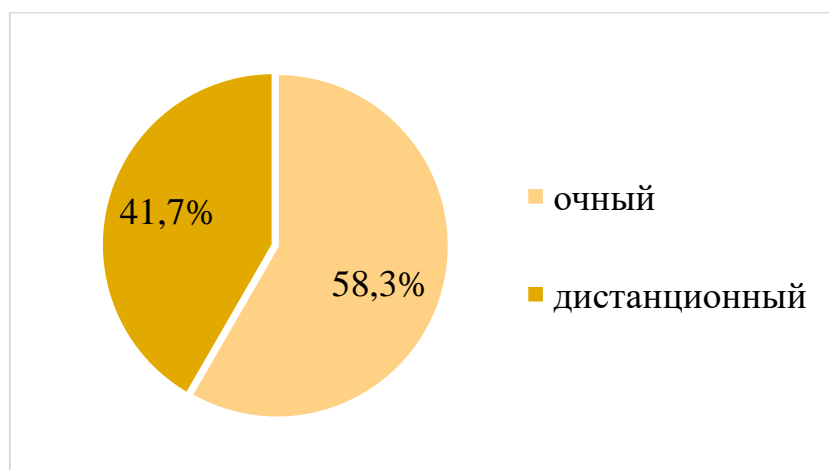


Рисунок 2 - Предпочитаемый формат обучения

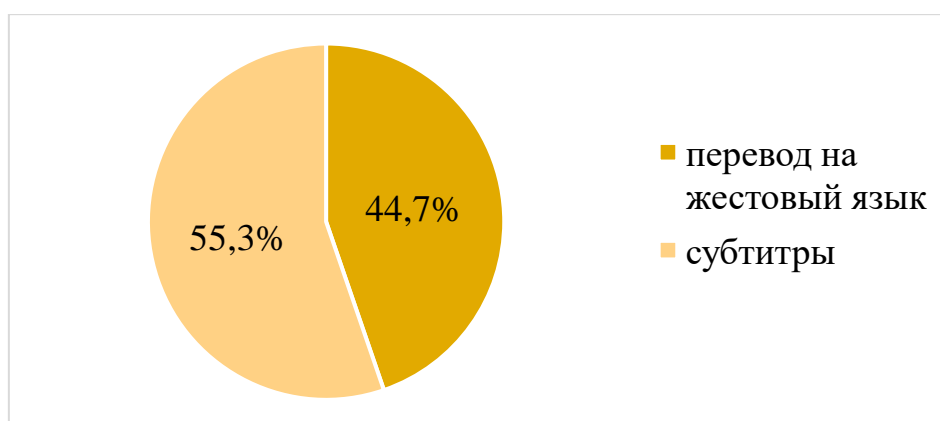


Рисунок 3 - Формат сопровождения лекций.

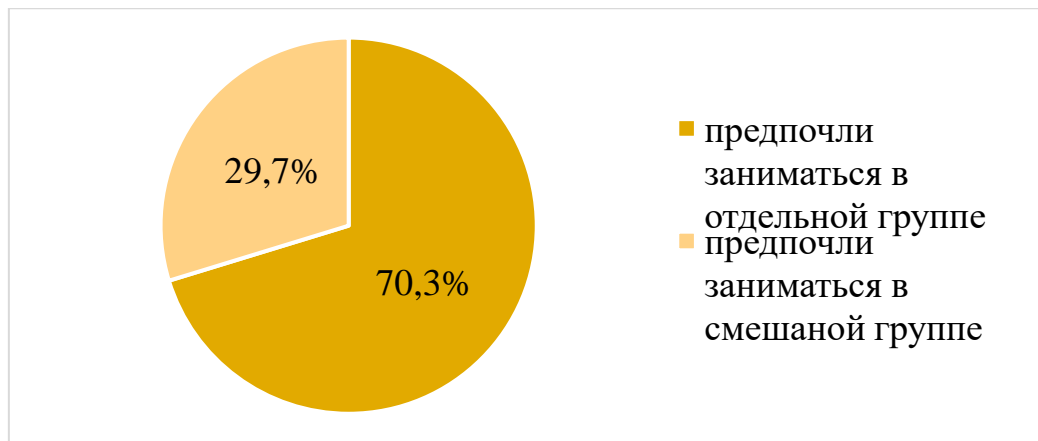


Рисунок 4 - Потребность в отдельной группе