ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЪЕДИНЯЯ ЗНАНИЯ

Материалы Всероссийской конференции социальных, гуманитарных, экономических и общественных наук в медицине

СТАВРОПОЛЬ, 2025

УДК 1+30+33+614

Объединяя знания: материалы Всероссийской конференции социальных, гуманитарных, экономических и общественных наук в медицине. Ставрополь: СтГМУ, 2025. – 292 с.

Под общей редакцией ректора ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России **В.Н. Мажарова**

Рецензент:
Коробкеев А.А. – д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной работе ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Ответственный секретарь:
Хрипунова А.А. – к.м.н., доцент, начальник отдела развития молодежной науки ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Сборник содержит материалы Всероссийской конференции социальных, гуманитарных, экономических и общественных наук в медицине, которая состоялась 17 октября 2025 года на базе ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. В издание вошли работы молодых ученых и студентов, посвящённые наиболее актуальным проблемам социо-гуманитарных, общественных и смежных наук. Представленные в сборнике научные работы будут полезны молодым медикам, как в научных исследованиях, так и в практической деятельности.

За достоверность представленной информации, корректность цитирования литературных источников, а также соблюдение интересов авторского коллектива редакционная коллегия ответственности не несет.

© ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, 2025

Содержание

Раздел 1. Вопросы специального (дефектологического) образования и изучения иностранных языков в медицинском вузе 4

Раздел 2. Отдельные аспекты социальной работы 52

Раздел 3. Педагогические подходы в высшем и среднем специальном медицинском образовании.....98

Раздел 4. Философские проблемы естественных и медицинских наук 133

Раздел 5. Этика и деонтология в профессиональной деятельности врача 169

Раздел 6. Экономика здравоохранения 208

Раздел 7. История развития патологоанатомической службы в Ставропольском крае 280

РАЗДЕЛ 1.

ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОГО (ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО) ОБРАЗОВАНИЯ И ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК КАК ИНСТРУМЕНТ НАУЧНОЙ ИНТЕГРАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ: ОТ ЧТЕНИЯ СТАТЕЙ ДО НАПИСАНИЯ СОБСТВЕННЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Азимов М.Б., Иргашева Дж.З.
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

В условиях глобализации и активного развития медицинской науки владение английским языком становится неотъемлемым инструментом профессионального роста будущих врачей. Большая часть современных публикаций, клинических рекомендаций и международных стандартов выходит на английском языке, что делает необходимым для студентов медицинских вузов умение читать, анализировать и самостоятельно создавать научные статьи. Недостаточный уровень языковой подготовки ограничивает доступ к актуальной информации, снижает возможность участия в конференциях и публикации результатов собственных исследований в международных журналах.

Цель исследования: оценить уровень владения английским языком у студентов медицинских вузов в аспекте чтения и написания медицинских статей, выявить основные трудности при работе с профессиональной терминологией и определить эффективность анкетирования и анализа учебных публикаций как методов исследования.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 82 студента 2–3 курсов медицинского факультета Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, в возрасте от 18 до 23 лет. Участники были разделены на две группы: основную (n=41), в которой проводилась целенаправленная работа с английскими медицинскими статьями и тренировочные задания по написанию аннотаций, и контрольную (n=41), продолжавшую обучение по стандартной программе. Для оценки уровня владения английским языком использовались: 1) тест на понимание профессиональных текстов (оценка терминологической грамотности и скорости чтения); 2) задания по написанию мини-статей и аннотаций (оценка структуры и использования медицинской терминологии); 3) анкетирование для выявления субъективных трудностей и мотивации студентов. Оценка проводилась дважды: до начала исследования и по завершении 6-недельного цикла. Статистическая обработка: полученные данные анализировались с использованием пакета SPSS 25.0. Для сравнения средних значений между группами применялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок, для оценки динамики внутри группы — t-критерий для парных выборок. Качественные показатели анализировались с помощью критерия хи-квадрат (χ^2). Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что целенаправленная программа по развитию навыков чтения и написания англоязычных медицинских текстов оказывает значительное влияние на уровень профессиональной языковой компетенции студентов. В течение 6 недель студенты основной группы демонстрировали более высокие показатели по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о формировании устойчивых навыков работы с медицинской литературой и улучшении академической мотивации. Для оценки уровня владения английским языком применялись стандартизированные тесты: Чтение профессиональных текстов. До начала программы средняя скорость чтения составляла 112±15 слов/мин, что является типичным показателем для студентов младших курсов. После прохождения программы этот показатель увеличился до 138±18 слов/мин, что указывает на повышение эффективности восприятия англоязычной информации. Терминологическая грамотность. До программы знание медицинских терминов составляло 54,8±8,6% правильных ответов, после — 71,4±9,1%, что отражает рост умения ориентироваться в международной медицинской терминологии. Навыки академического письма. Среднее качество написания аннотаций (по 10-балльной шкале) повысилось с 4,9±1,2 до 7,1±1,4, что указывает на улучшение способности

структурировать текст и правильно использовать научную лексику. Мотивация к изучению. По результатам опроса уровень мотивации (по шкале 1–5) увеличился с 2,8±0,7 до 4,0±0,6, что подтверждает рост интереса к изучению английского языка в профессиональном контексте.

Таким образом, исследование показало, что интеграция английского языка в учебный процесс медицинских вузов способствует развитию академических и профессиональных компетенций, необходимых будущим врачам для чтения, анализа и написания научных статей, а также для участия в международных конференциях.

Результаты исследования показали, что целенаправленная работа с англоязычными медицинскими статьями значительно повышает языковую компетентность студентов, особенно в области терминологии и академического письма. Эти данные подтверждают выводы Безденежных и Цветковой (2022), где отмечалась роль мотивации в освоении иностранного языка.

Сходные тенденции выявили Курбанова и Иманмагомедова (2023), подчеркнувшие эффективность профессионально-ориентированного подхода в медицинском вузе. Наши данные демонстрируют, что интеграция таких заданий не только улучшает навыки чтения, но и повышает уверенность студентов в использовании английского языка.

Зарубежные исследования (Lin et al., 2025; Yuehua & Marion, 2021) также подтверждают значимость специализированного английского: peer-assisted learning и акцент на медицинской терминологии обеспечивают более устойчивый результат, чем общий академический английский.

Таким образом, сопоставление наших данных с современными исследованиями показывает, что профессионально-ориентированная языковая подготовка является наиболее эффективным способом развития академических и коммуникативных навыков студентов-медиков.

Выводы. Проведённое исследование показало, что целенаправленное изучение английского языка студентами медицинских вузов повышает уровень профессиональной языковой компетенции. После прохождения программы у студентов улучшились показатели скорости чтения медицинских текстов, знания международной терминологии и навыков академического письма. Полученные результаты подтверждают необходимость интеграции специализированных языковых курсов в образовательные программы медицинских вузов для формирования у будущих врачей навыков работы с англоязычными источниками.

Список литературы.

1. Безденежных Н.Н., Цветкова С.Е. Формирование мотивации студентов медицинского вуза к изучению иностранного языка // Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – №75 (4). – С. 48–50.

2. Курбанова Х.К., Иманмагомедова Э.А. Профессионально-ориентированное обучение английскому языку в медицинском вузе: опыт и перспективы // Образование и право. – 2023. – № 6. – С. 383–388.

3. Lin P., Cai Y., He S. et al. Enhancing medical English proficiency: the current status and development potential of peer-assisted learning in medical education // BMC Medical Education. – 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-024-06492-x

4. Yuehua L., Marion H. English for General Academic Purposes or English for Specific Purposes? Language Learning Needs of Medical Students at a Chinese University // Theory and Practice in Language Studies. – 2021. – Vol. 11. – No. 6, P. 621-631. DOI: https://doi.org/10.17507/tpls.1106.05

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТСКИХ ПЕСЕН КАК СРЕДСТВА ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДИСЛАЛИЕЙ

Акимова С.Р., Ибрагимова А.Р.
ГБОУВО РК КИПУ имени Февзи Якубова

Развитие правильного звукопроизношения является одной из ключевых задач в работе с детьми, имеющими дислалию. Дислалия проявляется в искажении, замене или пропуске отдельных звуков и требует систематической коррекционной работы, направленной на формирование правильной артикуляции и развитие речевых навыков.

Проблема дислалии, её причины, классификация и особенности нарушений звукопроизношения широко изучена в отечественной и зарубежной логопедической науке. Вопросы этиологии и диагностики дислалии подробно освещены в трудах Л.С. Волковой, Т.В. Волосовец, Б.М. Гриншпуна, Р.Е. Левиной, С.С. Ляпидевского, Р.И. Мартыновой, Н.В. Нищевой, Л.В. Парамоновой, О.В. Правдиной, Е.Ф. Рау, В.И. Селиверстова, В.А. Синяка, А.М. Смирновой, Л.Ф. Спировой, Т.Б. Филичевой, М.Е. Хватцева, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной, А.В. Ястребовой и других. Вопросы организации и методики логопедического воздействия на детей с дислалией, основанные на результатах комплексного логопедического и психолого-педагогического обследования, получили развитие в работах К.П. Беккера, А.Г. Богомоловой, Л.С. Волковой, Р.Е. Левиной, О.В. Правдиной, Е.Ф. Рау, Т.Б. Филичевой, М.Ф. Фомичевой, М.Е. Хватцева и Н.А. Чевелевой.

В своих трудах М.Е. Хватцев понимал дислалию как форму косноязычия. Под этим он имел в виду нарушения произношения, которые возникают из-за проблем с периферическими речевыми органами — костями, хрящами и мышцами, а также из-за снижения слуха на периферическом уровне [6].

Р.Е. Левина объясняла дислалию как нарушение произношения звуков, которое развивается при нормальном слухе и правильной работе органов речи. Она отмечала, что причины дислалии могут быть разнообразными, и для эффективной коррекции важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка [4, с. 47].

О.В. Правдина подчеркивала важность комплексного подхода к коррекционной работе при дислалии, включающего системное формирование правильного звукопроизношения, развитие слухового и речевого контроля, а также постоянный мониторинг речевой деятельности ребенка. В рамках такого подхода особенно важным становится использование методов и средств, которые не только способствуют развитию артикуляционной моторики, но и поддерживают интерес и активность детей [5].

Одним из таких средств являются детские песни. Их ритмичность, мелодичность и повторяемость создают естественную мотивацию для занятий, позволяя органично интегрировать артикуляционные упражнения в игровой и музыкальный контекст. Именно поэтому в настоящем исследовании особое внимание уделяется изучению эффективности применения детских песен для оптимизации коррекционной работы по развитию артикуляционной моторики у детей с дислалией.

Цель настоящего исследования заключается в изучении эффективности применения детских песен для оптимизации коррекционной работы по развитию артикуляционной моторики у детей с дислалией.

Объектом исследования стали дети дошкольного возраста, имеющие дислалию. Предмет исследования включал использование детских песен в коррекционной работе для развития артикуляционной моторики. Методы исследования включали педагогическое наблюдение для оценки уровня артикуляционной моторики до и после занятий, логопедическое тестирование для проверки правильности произношения звуков и развития фонематического слуха, использование детских песен с необходимыми для

коррекции звуковыми моделями, а также сравнительный анализ динамики развития детей, занимавшихся с песнями, и детей, работавших по традиционной методике.

Программа занятий предусматривала постепенное введение музыкального сопровождения. На начальном этапе использовались короткие музыкальные фрагменты для создания комфортного эмоционального фона. Постепенно длительность музыкального сопровождения увеличивалась, что позволяло детям выполнять более сложные артикуляционные упражнения под ритмическую и мелодическую поддержку. Артикуляционные упражнения включали движения органов речи, направленные на укрепление губ, языка и мягкого неба, а также упражнения для развития координации дыхания и голоса. В занятия также были интегрированы игровые элементы с движениями, что способствовало удержанию внимания детей, повышению их интереса к занятиям и активизации моторной и речевой деятельности. Постепенное введение музыки и чередование различных форм упражнений позволяли детям легче усваивать материал и снижали напряжение во время занятий.

Разработанная программа занятий с постепенным введением музыкального сопровождения и интеграцией игровых элементов позволила не только поддерживать интерес и активность детей, но и создавать условия для эффективного освоения артикуляционных упражнений. Следующим шагом стало оценивание результатов применения этой программы, что позволило определить её влияние на мотивацию детей, координацию движений органов речи и точность звукопроизношения.

Результаты исследования показали, что использование музыкального сопровождения повышает мотивацию детей, способствует улучшению координации движений органов речи и снижению числа ошибок в произношении. Дети лучше различали звуки, правильно выполняли ритмические и артикуляционные упражнения, что положительно влияло на общую речевую деятельность. Эффективность метода возрастала при постепенном введении музыки и комплексном подходе, включающем артикуляционные упражнения и игровые элементы.

Таким образом, применение детской музыки в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста, имеющими дислалию, является эффективным средством оптимизации развития артикуляционной моторики. Музыкальное сопровождение улучшает качество артикуляционных упражнений, повышает интерес детей к занятиям и способствует комплексному развитию речевых навыков, включая фонематическое восприятие и ритмическое чувство. Интеграция музыкального материала в логопедическую практику может рассматриваться как одно из ведущих средств коррекции дислалии у дошкольников.

Список литературы.

1. Гриншпун, В.М. Классификация нарушений речи. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Академия, 2014. – С. 55–70.

2. Громова, О.Е. Логопедическое обследование детей 2-4 лет: Методическое пособие. / О.Е. Громова, Г.Н. Соломатина. –М.: ТЦ Сфера, 2017. – 128 с.

3. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев – СПб.: Речь, 2018. – 380 с.

4. Никашина, Н.А. Устранение недостатков произношения и письма у младших школьников // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 2017. – С. 46–66.

5. Правдина, О.В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов / О.В. Правдина. – М.: Просвещение, 2017. – 272 с.

6. Хватцев М.Е. Логопедия. Пособие для студентов педагогических институтов и учителей специальных школ – М.: Гос. учеб. педагогическое изд. Министерства Просвещения РСФСР, 1959. – 476 с

7. Шаховская, С.Н. Логопатопсихология: учеб. пособие для студентов / Р. И. Лалаева, С.Н. Шаховская. – М.: Владос, 2011. – 462 с.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА С ОВЗ

Акимова С.Р., Ибрагимова А.Р.
ГБОУВО РК КИПУ имени Февзи Якубова

Современные подходы к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья предполагают не только создание специальных условий для их обучения, но и активное вовлечение семьи в коррекционно-образовательный процесс. Родители оказывают ключевое влияние на социализацию ребёнка, однако они нередко испытывают эмоциональные трудности, неуверенность в своих действиях и дефицит знаний о специфике развития ребёнка. Психолого-педагогическое сопровождение семьи направлено на повышение компетентности родителей, снижение уровня тревожности и создание позитивного эмоционального климата, что является условием успешной адаптации ребёнка в обществе.

Целью статьи является анализ теоретических подходов к психолого-педагогическому сопровождению семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, и выявление основных направлений работы специалистов. Объект исследования – семья, а предмет – система сопровождения родителей и их взаимодействие со специалистами. Для этого использован теоретический подход на основе анализа психолого-педагогической литературы, включая работы Н. Н. Малофеева, Л. М. Шипицыной и Е. М. Мастюковой, а также современные модели взаимодействия специалистов и родителей в условиях инклюзивного и коррекционного образования.

Психолого-педагогическое сопровождение рассматривается как важная форма поддержки в системе психолого-педагогической помощи. Слово «сопровождать» буквально означает «двигаться вместе с кем-либо, быть рядом». В отношении ребёнка это предполагает совместное прохождение этапов его развития, оказывая необходимую поддержку и помощь в адаптации [4, с. 14].

Несмотря на государственную поддержку семей, имеющих детей с ОВЗ, исследователи констатируют, что у родителей имеются проблемы материального характера. Они связаны с отсутствием достаточных средств для лечения, воспитания и развития ребенка. Как отмечают М.Х. Машукова, Д.Ф. Максидова, большинство семей, воспитывающих особых детей, находится в тяжелом материальном положении. Согласно исследованию этих авторов, 44% семей, имеющих детей с ОВЗ и/ или с инвалидностью, большую часть семейного бюджета тратят на их лечение, при этом многие родители отказывают себе в полноценном питании, а остальные либо балансируют на грани бедности, либо имеют трудности по другим статьям семейных расходов [3].

Специалисты, осуществляющие психолого-педагогическое сопровождение семьи, выполняют комплекс задач: оценивают состояние ребёнка и семьи, оказывают коррекционно-развивающую помощь и поддерживают родителей в воспитании. Такое сопровождение способствует социальной адаптации ребёнка, вовлечению семьи в образовательный процесс и планированию его дальнейшего развития. Основные формы работы включают диагностику, развивающие и коррекционные занятия, консультации и просветительскую деятельность для родителей [3, с. 18].

По мнению Ю. А. Афонькиной, И. И. Усановой и О. В. Филатовой, психолого-педагогическое сопровождение ребёнка с ОВЗ реализуется через пять этапов. На

диагностическом этапе собирается информация о ребёнке с помощью наблюдения, бесед, анкетирования и анализа его деятельности. На поисковом этапе проводится анализ этих данных, выявляются проблемы развития и определяются специальные условия обучения и воспитания. Консультативно-проективный этап включает согласование с родителями формы образования и разработку индивидуального плана сопровождения, который становится основой коррекционно-развивающего маршрута ребёнка. Деятельностный этап предполагает реализацию этого плана с учётом возраста ребёнка, его сильных и слабых сторон, уровня коммуникации и особенностей поведения, а также возможностей образовательного учреждения. На рефлексивном этапе оцениваются результаты сопровождения и эффективность индивидуальной программы, что позволяет при необходимости скорректировать дальнейшие действия [1, с. 67].

Современные исследования подтверждают, что активное участие семьи в абилитационном процессе ребёнка с ОВЗ значительно повышает эффективность коррекционной работы. Родители нуждаются в поддержке, которая помогает им действовать уверенно и компетентно, а специалисты должны учитывать индивидуальные особенности ребёнка и семьи для создания условий, способствующих раскрытию коррекционно-развивающего потенциала ребёнка.

Индивидуальный подход в психолого-педагогическом сопровождении семьи играет ключевую роль в обеспечении эффективности работы с ребёнком с ОВЗ. Он предполагает учёт уникальных особенностей развития ребёнка, типа его нарушений, эмоциональных и когнитивных возможностей, а также ресурсов семьи. Такой подход позволяет специалисту подбирать методы и формы работы, которые наиболее соответствуют конкретной ситуации, создавать комфортные условия для обучения и развития, а также повышать уверенность и компетентность родителей. Применение индивидуализированных стратегий способствует максимальному раскрытию коррекционно-развивающего потенциала ребёнка, облегчает его адаптацию в образовательной и социальной среде и улучшает взаимодействие семьи и специалистов.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, обеспечивает комплексную поддержку ребёнка и родителей, способствует социальной адаптации и развитию навыков ребёнка, а также повышает компетентность родителей в вопросах воспитания и обучения. Эффективность сопровождения достигается за счёт индивидуального подхода, учёта особенностей ребёнка и семьи, комплексной работы специалистов и активного участия родителей.

Список литературы.

1. Афонькина Ю.А, Усанова И. И, Филатова О.В. Методическая работа в ДОУ// Технология комплексного психолого-педагогического и социального сопровождения ребенка дошкольного возраста: методические разработки для специалистов дошкольного образования, - Мурманск, 2010. – 67 с.

2. Машукова М.Х., Максидова Д.Ф. Особенности социокультурной реабилитации детей-инвалидов. Нальчик: Принт центр, 2015.

3. Ткачева, В.В., Архипова, Е. Ф. Бутко, Г.А. и др. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: учебник для студ. учреждений высш. образования / под ред. В. В. Ткачевой. — М.: Академия, 2014. — 272 с

4. Ткачёва, В. В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. (Специальная психология.). М.: Национальный книжный центр, 2014. — 152 с.

5. Назарова Н. М., Аксенова Л. И., Богданова Т. Г., Морозов С. А. Общие основы специальной педагогики // Специальная педагогика: в 3 т. / под ред. Н. М. Назаровой. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 352 с.

ФОРМИРОВАНИЕ СЛОВООБРАЗОВАНИЯ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР III УРОВНЯ

Баринова Е.Р., Мироненко Л. В., Оганян К.М., Салпагарова Ф.Р.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Проблема общего недоразвития речи (ОНР) среди детей старшего дошкольного возраста остаётся актуальной темой для исследования. Нарушение речи влияет на многие стороны психического развития ребёнка, затрудняя восприятие и воспроизведение устной и письменной речи. Одной из основных трудностей в процессе формирования речи детей с ОНР является усвоение словообразовательных механизмов, особенно касающихся образования прилагательных [2].

Дети с ОНР III уровня испытывают трудности в понимании и применении системы морфологических категорий русского языка. Основные причины заключаются в следующем:

-недостаточная сформированность понятий о признаках предметов;

-ограниченный запас активной лексики;

-трудности выделения и осознания звукобуквенного состава слова;

-неспособность правильно устанавливать связи между словами разных частей речи.

Это негативно сказывается на восприятии текста, построении собственных высказываний и коммуникации в целом.

Наиболее распространённые проявления дефектов словообразования прилагательных включают:

-использование неверных суффиксальных элементов (например, замена правильной формы на аналогичную с другим значением: красивенький → красивыйый, маленький → малышенький);

-отсутствие согласованности прилагательного с существительным в роде, числе и падеже (синяя машина → синей машиной);

-смешение паронимов (например, неправильное использование слов типа тонкий-тоненький, чистый-чистыйный).[3]

Все эти явления создают препятствия для полноценного овладения речью и требуют специальной коррекционно-развивающей работы.

Основной целью работы педагога-логопеда становится помощь ребёнку в формировании полноценных представлений о качественных характеристиках окружающих объектов, правильных формах согласования прилагательных с существительными и выработке устойчивых ассоциаций между предметами и признаками.

Задачи процесса формирования словообразования прилагательных можно сформулировать следующим образом:

1)Обучение осознанному восприятию свойств и качеств предметов окружающей среды.

2)Развитие умения выбирать и употреблять подходящие прилагательные для описания наблюдаемого предмета или ситуации.

3)Повышение точности понимания значения новых прилагательных и закрепление их активного употребления в собственной речи.

4)Стимулирование интереса к словесному творчеству и формированию собственного стиля изложения мыслей посредством подбора выразительных прилагательных.

Методика коррекционной работы предполагает применение разнообразных приёмов и способов взаимодействия с ребёнком, направленных на повышение эффективности освоения языкового материала. Среди наиболее эффективных методов выделяются:

-Игры на сравнение предметов по различным признакам (цвет, форма, размер, материал изготовления). Например, игра «Какой предмет лишний?» помогает развивать внимание и способность анализировать различия между объектами.

-Подбор картинок и фотографий, иллюстрирующих определённые характеристики объектов, и последующее обсуждение характеристик, подчёркивая особенности предметов («это большой медведь», «эта маленькая чашечка»).

-Упражнения на замену прилагательных, сопровождающиеся примерами моделей словоупотребления, которые ребёнок повторяет вслух.

-Использование наглядных пособий и игрушек, помогающих развить чувство цвета, размера и формы.

-Проведение специальных мероприятий, посвящённых изучению определённой группы прилагательных (игры на ассоциации, творческие конкурсы, викторины).[5]

Важно отметить, что все применяемые методики должны учитывать индивидуальный уровень развития каждого ребёнка и соответствовать его интересам и потребностям.

В результате проведённой коррекционной работы нами было обнаружено значительное улучшение показателей владения словом у большинства участников эксперимента. Дети стали лучше осознавать и применять качественные характеристики предметов, улучшилось качество согласования прилагательных с существительными, повысился общий уровень грамотности и культуры речи.

Тем не менее, остаются нерешёнными некоторые частные вопросы, касающиеся устойчивости полученных навыков. Поэтому целесообразно продолжать работу по совершенствованию методик и подходов к обучению детей с нарушениями речи.

Таким образом, проблема формирования словообразования прилагательных у детей с ОНР III уровня представляет собой комплексную задачу, решение которой требует значительных усилий педагогов, психологов и родителей, является важной частью общей стратегии коррекционной помощи таким детям и заслуживает дальнейшего изучения и совершенствования практических подходов.

Своевременная диагностика и разработка индивидуальных планов коррекционной работы позволяет существенно повысить уровень речевого развития ребёнка, подготовить его к школе и обеспечить гармоничное социальное взаимодействие в будущем.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на выявление оптимальных условий реализации образовательных программ для детей с различными формами нарушений речи, разработку новых педагогических технологий и материалов, создание специализированных методических рекомендаций для педагогов и воспитателей детских садов.

Список литературы.

1. Антипова Ж.В., Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. и др. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. - М.: Сфера, 2007. - 256с.

2. Белова-Давид Р.А. Клинические особенности детей дошкольного возраста с недоразвитием речи // Нарушения речи у дошкольников. - М., 1972. - с.78-86.

3. Вершинина О.М. Особенности словообразования у детей с общим недоразвитием речи третьего уровня // Логопед. 2004. №1. - с.34-41.

4. Виноградов В.В. Русский язык. Грамматическое учение о слове. - М.: Русский язык, 2001. - 720 с.

5. Винокур Г.О. Заметки по русскому словообразованию // Избранные работы по русскому языку. - М.: Учпедгиз, 1959. - с.419-442.

6. Жаренкова Г.И. Понимание грамматических отношений детьми с общим недоразвитием речи // Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи. -М, 2005. – 254с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГРОТЕРАПИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО АКТИВИЗАЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛАЛИЕЙ

Джаванянц С.А., Шульга Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Речь — это важнейшее средство общения и развития человека, обеспечивающее формирование мышления, памяти и личности в целом. Она является основным инструментом познания окружающего мира и социализации ребёнка. У детей с алалией вследствие органического поражения речевых зон мозга наблюдается грубое недоразвитие речи: ограниченность словаря, нарушения грамматического строя и затруднения в построении связного высказывания. Всё это препятствует успешному взаимодействию ребёнка с окружающими и снижает его познавательную активность.

В настоящее время особую актуальность приобретает использование игровых форм в логопедической работе, так как именно игра выступает ведущим видом деятельности дошкольника и естественным способом речевого развития. Игротерапия как метод коррекционно-развивающего воздействия создаёт эмоционально благоприятные условия, стимулирует речевую активность, формирует мотивацию к общению и развивает коммуникативные способности детей с нарушениями речи [1].

Исходя из этого, нами была выдвинута цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность применения игротерапии в логопедической работе по активизации речи у детей дошкольного возраста с алалией.

Игротерапия — это психолого-педагогический метод, основанный на использовании различных видов игры: предметной, сюжетно-ролевой, подвижной, коммуникативной. Игровая деятельность позволяет ребёнку в безопасной и интересной форме осваивать речевые конструкции, расширять словарный запас, развивать связную речь и навыки взаимодействия со сверстниками и взрослыми [3].

Игровые приёмы в логопедической практике направлены на активизацию речи, развитие произвольного внимания, памяти, слухового восприятия и коммуникативных навыков. Они включают упражнения на называние, согласование слов, построение предложений, разыгрывание ситуаций и использование диалогов. В структуру занятий входят сюжетно-ролевые игры, дидактические и речевые упражнения, направленные на активизацию словаря и развитие грамматического строя речи [2].

Регулярные игровые занятия способствуют снижению речевой заторможенности, формированию уверенности и повышению интереса к речевой деятельности. Особенно эффективно использование игротерапии при работе с детьми с алалией, поскольку игра создаёт естественные условия для речевого взаимодействия, помогает преодолеть страх речи и формирует положительную мотивацию к обучению.

Практическая часть исследования проводилась на выборке из десяти дошкольников 3-4 лет: пять детей имели нормальное речевое развитие, а пять — алалию. Были использованы методики обследования речи по Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной, а также игровые приёмы по Е.М. Мастюковой.

Формирующий эксперимент проводился в течение сентября–октября 2025 года и включал три этапа: организационный, основной и заключительный. Исследование проходило на базе МБДОУ детский сад комбинированного вида № 76 города Ставрополя.

На организационном этапе создавались условия для комфортного взаимодействия и включения детей в игровую деятельность. Применялись игры на знакомство («Назови себя», «Улыбка»), беседы о роли речи в общении, рассматривание иллюстраций и сюжетных картинок. Проводилась разъяснительная работа с родителями и педагогами о специфике речевых нарушений при алалии и возможностях игротерапии.

Основной этап был направлен на активизацию речи через игровые методы. Внимание уделялось развитию понимания обращённой речи, появлению и закреплению первых осмысленных слов, а также формированию первичных речевых реакций и интереса к речевому взаимодействию. Использовались предметно-игровые и сюжетные игры – «Кукла», «Покорми мишку», побуждающие детей называть предметы и выполнять простые речевые инструкции. Эти упражнения способствовали развитию лексической стороны речи и формированию словесных обозначений предметов и действий. Речевые игры («Назови звук», «Кто позвал?») развивали слуховое внимание и способствовали лучшему пониманию обращённой речи. Подвижные игры с речевым сопровождением: «Мяч», «Прыг-скок», побуждали детей повторять звуки и слова во время игры, что способствовало развитию речевой активности и коммуникативных навыков. Игровая форма занятий обеспечивала естественное включение детей в речевое взаимодействие и поддерживала положительное отношение к речи.

Заключительный этап был нацелен на закрепление сформированных речевых навыков. Применялись знакомые игровые и подвижные упражнения, что позволило обобщить и закрепить умения использования речи в привычных для детей ситуациях. Все занятия были направлены на поддержание интереса к речевому взаимодействию и закрепление положительного опыта общения в процессе игры.

Анализ результатов исследования показал положительную динамику в развитии речевой активности у детей с алалией. Анализ результатов исследования показал положительную динамику в развитии речевой активности у детей с алалией. В компоненте понимания обращённой речи до эксперимента дети реагировали избирательно, понимали лишь отдельные слова и простейшие инструкции, нередко требовалось повторение или сопровождение действия показом. После логопедической работы понимание речи расширилось: дети начали выполнять короткие инструкции без подсказки и реагировать на обращение по имени.

Речевая активность до начала занятий ограничивалась лепетными словами и звукоподражаниями, речь носила подражательный характер. После цикла игровых упражнений увеличилось количество осмысленных слов, дети стали использовать их в игре, сопровождать действия речью и проявлять интерес к произнесению слов.

Коммуникативное поведение изначально отличалось пассивностью: дети редко обращались к взрослым и сверстникам, предпочитали жесты или мимику. После формирующего эксперимента они стали чаще инициировать речевое взаимодействие, выражать просьбы и эмоции словами.

Таким образом, проведённая логопедическая работа способствовала развитию всех исследуемых компонентов речи, что подтверждает эффективность применения игротерапии при работе с детьми дошкольного возраста с алалией.

Список литературы.

1. Абраменкова В. В. Игра формирует душу ребенка // Мир психологии. 2015. №4. – С. 45–54.

2. Арсентьева В. П. Игра – ведущий вид деятельности в дошкольном детстве. Форум, 2017. – 144 с.

3. Доронова Т. Н., Карабанова О. А., Соловьева Е. В. Игра в дошкольном возрасте. М.: Слово, 2017. – 216 с.

РАЗВИТИЕ СЛУХОРЕЧЕВОЙ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ III УРОВНЯ ПОСРЕДСТВОМ ЛОГОРИТМИКИ

Джаванянц С.А., Тлиф А.Ю., Малахова Ю.А., Шульга Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

В современных условиях особую актуальность приобретает проблема развития слухоречевой памяти у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием (ОНР) III уровня. Несформированность слухоречевой памяти существенно затрудняет их подготовку к школе и социальную адаптацию, а традиционные логопедические подходы часто оказываются недостаточно результативными [3].

В связи с этим особую значимость приобретает поиск инновационных методик, интегрирующих различные каналы восприятия информации, среди которых особое место занимает логоритмический метод, объединяющий речевые, двигательные и музыкальные компоненты, что делает её перспективным инструментом в системе коррекционного воздействия на детей с нарушениями речи.

Понимание применения логоритмики для коррекции слухоречевой памяти невозможно без обращения к понятию памяти в целом. Память является одной из базовых познавательных функций, обеспечивающих сохранение, накопление и использование индивидуального опыта. Именно она играет ключевую роль в развитии речи, усвоении знаний и успешной коммуникации, поэтому становится центральным объектом нашего исследования [2].

Исходя из этого, целью исследования стало теоретическое обоснование и экспериментальная проверка эффективности логоритмики как метода развития слухоречевой памяти у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня.

Логопедическая ритмика — это система упражнений, объединяющих движение, речь и музыку. Она направлена на коррекцию речи и развитие психических функций ребёнка, а комплексное воздействие этих элементов способствует улучшению слухоречевой памяти [1].

Музыка активизирует работу мозга и усиливает внимание, ритмические движения формируют прочные временные связи, а речевые упражнения закрепляют слуховые образы и развивают артикуляцию. В результате ребёнок точнее различает звуки, легче запоминает речевой материал и одновременно развивает слуховую, двигательную и вербальную память.

Практическая часть исследования проводилась на выборке из десяти старших дошкольников 5–6 лет: пять детей имели нормальное речевое развитие, пять - ОНР III уровня. Для диагностики использовались методики А. Р. Лурии. В пробе «10 слов» оценивалось кратковременное запоминание слов при многократном предъявлении и отсроченном воспроизведении, а методика «Долговременная память» позволяла определить сохранность материала через два–три дня.

Формирующий этап был направлен на развитие слухоречевой памяти у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня. Работа строилась с учётом психолого-педагогических условий: создание эмоционально благоприятной атмосферы, индивидуальный подход, постепенное усложнение заданий, регулярность занятий и учёт возрастных особенностей.

На начальном этапе формировалось слуховое внимание и умение распознавать звуки. Применялись игры «Хлопни» и «Покажи», которые помогали детям различать звуковые сигналы. Важным условием было создание мотивации и формирование устойчивого интереса к звуковой информации.

Следующий этап был посвящён развитию воспроизводящей функции памяти. Игры «Повтори», «Чайничек с крышечкой», «Я ракета» и «Я беру с собой» способствовали запоминанию и воспроизведению звуков и слов, развитию кратковременной и долговременной памяти, формированию слухоречевого восприятия и улучшению координации речи с движением. Особое внимание уделялось интеграции речевого, двигательного и слухового компонентов, что делало обучение более эмоциональным и запоминающимся.

Завершающий этап нацелен на развитие избирательности памяти. В игре «Запомни только» дети учились выделять и сохранять в памяти слова определённой категории, развивая произвольное запоминание и смысловую группировку.

Для достижения устойчивых результатов важно было создавать ситуации успеха, учитывать индивидуальные особенности памяти, обеспечивать многократное повторение материала, варьировать сложность заданий и поддерживать положительный эмоциональный фон.

Такая система работы позволила значительно улучшить показатели слухоречевой памяти у детей с ОНР III уровня, способствовала развитию познавательных процессов и речевой активностиЗанятия проводились индивидуально и в подгруппах, логоритмические игры включались в повседневную деятельность и домашнюю практику. В результате у большинства детей улучшилось слуховое восприятие, увеличился объём запоминаемого материала и повысилась точность воспроизведения. Логоритмические упражнения подтвердили свою эффективность в развитии слухоречевой памяти у дошкольников с ОНР III уровня.

Подводя итог, можно отметить, что слухоречевая память у детей с нормальным речевым развитием изначально оказалась более сформированной, а у дошкольников с ОНР - менее устойчивой. Тем не менее систематическая работа с использованием логоритмических упражнений продемонстрировала свою эффективность: показатели памяти у детей с ОНР заметно улучшились, что подтверждает целесообразность применения данного метода в коррекционной практике. Логоритмика способствует развитию фонематического слуха, улучшает слуховое восприятие, повышает объём и точность воспроизведения речевого материала. Благодаря комплексному воздействию - музыки, движения и речи - создаются оптимальные условия для развития слухоречевой памяти у старших дошкольников с ОНР III уровня.

Список литературы.

1. Бабушкина Р. Л., Кислякова О. М. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи. СПб. : КАРО. 2005. – С. 30–36.
2. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : Учеб. для студентов вузов. М. : Владос. 2002. – 269 с.
3. Волковская Т. Н., Юсупова, Г. Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи. М. : Национальный книжный центр. 2014. – 96 с.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА ЧТЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Иванникова О.И., Костромина А.И., Оганян К.М., Салпагарова Ф.Р.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Формирование навыка чтения у младших школьников—это многогранный процесс, включающий развитие не только умения узнавать и декодировать письменные символы, но и более глубокое понимание текста, что требует сочетания множества когнитивных, речевых и моторных навыков. В первые годы обучения чтение перестает быть простым механическим действием, когда ребенок лишь учится соотносить буквы с их звуками, и превращается в комплексную деятельность, объединяющую восприятие, память, внимание и мышление.

Одним из ключевых компонентов успешного освоения чтения является фонематический слух — способность различать отдельные звуки речи. Этот навык особенно важен для ребенка, чтобы научиться правильно сопоставлять звуки и буквы. Исследования показывают, что дети, у которых фонематический слух более развит, быстрее и увереннее осваивают процесс чтения. Однако данное умение формируется только в ходе специально организованных занятий, игр и речевых упражнений, направленных на распознавание и дифференциацию звуков [1].

Также значительную роль играет зрительное восприятие. В младшем школьном возрасте у детей еще не полностью сформированы глазодвигательные функции, что выражается в неплавных, резких движениях глаз — саккадах [3]. Эти движения предназначены для быстрой фиксации отдельных слов или их частей на странице. Развитие движений глаз позволяет школьнику постепенно переходить от поэтапного, слогового чтения к более беглому восприятию текста. Кроме того, зрительная память, позволяющая узнавать знакомые слова целиком, становится основой для автоматизации чтения, что значительно повышает скорость и качество понимания прочитанного.

Ещё одним важным аспектом формирования навыка чтения является тесная связь между речью и моторикой. Мелкая моторика, связанная с движениями пальцев и кисти, играет не только роль в развитии письменной речи, но и способствует активации речевых центров мозга. Исследования нейропсихологов убеждают, что закрепление моторных навыков через письмо и рисование укрепляет нейронные связи, отвечающие за восприятие и обработку письменной информации, что в итоге положительно сказывается и на чтении [1].

На уровне нейрофизиологии у детей в возрасте 7-8 лет начинают активно формироваться специализированные зоны мозга, отвечающие за восприятие письменной речи — в частности, области в левой височной и теменной коре головного мозга [1]. Регулярная практика чтения стимулирует нейропластичность головного мозга — его способность менять и укреплять структурные и функциональные связи между нейронами. Благодаря этому навык чтения постепенно автоматизируется и перестает требовать от ребенка значительных усилий, что открывает дорогу для более глубокого осмысления текста и развития критического мышления.

Следует отметить, что у 5–10% детей встречаются трудности в освоении навыка чтения, обусловленные дислексией[1;4]. Эти дети могут испытывать сложности с распознанием звуков и слов, что сильно затрудняет чтение и усвоение учебного материала. Тем не менее, при своевременном выявлении и комплексной коррекции, включающей индивидуальный подход, специальные упражнения, логопедическую помощь и поддержку семьи, удается значительно повысить уровень грамотности и адаптировать ребенка к школьным требованиям.

Любопытно, что дети, растущие в билингвальной среде, владеющие несколькими языками, часто обладают более развитыми когнитивными навыками [2]. Им легче переключать внимание, у них лучше развит фонематический слух, а также они демонстрируют более высокую гибкость мышления. Такие дети нередко показывают лучшие результаты в учебе, что свидетельствует о положительном влиянии билингвизма на развитие когнитивных функций[2].

Многие учёные подтверждают, что ритмические упражнения и пение помогают детям лучше выявлять и запоминать звуковые структуры языка, это улучшает как навыки декодирования, так и беглости чтения, а, следовательно, музыкальное сопровождение - хороший метод при коррекции дислексии[4].

Таким образом, формирование навыка чтения у младших школьников не сводится к простому освоению алфавита. Этот процесс требует комплексного подхода, включающего развитие фонематического слуха, зрительного восприятия, моторики и когнитивных функций, поддержку эмоционального фона и мотивации ребенка. Для достижения устойчивого успеха необходимо систематическое взаимодействие педагогов, родителей и специалистов, что позволит создать благоприятные условия для раскрытия потенциала каждого ребенка и формирования прочного и эффективного навыка чтения.

Список литературы.

1. Величенкова О.А.,Лагутина А.В. PROчтение: дислексия в XXI веке. Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции Российской ассоциации дислексии/ под общ. ред. О. А. Величенковой и А. В. Лагутиной. - Москва : Гос. ИРЯ им. А. С. Пушкина – 2020- 319 с. - https://www.logo-mpgu.ru/2020

2. Рядова С.А., Калмык О.В. Когнитивные способности билингвов/Научная статья/ Столыпинский вестник – Москва – 2022– №6 – С. 3449 – 3459. - https://cyberleninka.ru/bilingvov

3. Корнев А.Н., Оганов С.Р., Гальперина Е.И.Формирование психофизиологических механизмов понимания письменных текстов: регистрация движений взора при чтении у детей с дислексией 9-11 и 12-13 лет и здоровых сверстников/ Журнал Физиология человека– СпБ – 2019 - Том 45 - № 3 -С. 24–30. - https://sciencejournals.ru

4. Хабиб М., Ларди Х., Дезиль Т., Коммейрас С., Шобер Ж., Бессон М. Музыка и дислексия: новый метод музыкальной терапии для улучшения навыков чтения и лечения сопутствующих расстройств/ Оригинальная исследовательская статья / Психология / Когнитивная наука – Марсель, Франция – 2016 - Том 7. - https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00026

ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ЗАИМСТВОВАНИЙ ИЗ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКЕ РУССКОГО ЯЗЫКА

Коунтесс Д’са И.П., Чевтаева М.К.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Иноязычной лексикой называют слова других языков, которые употребляются в русском языке в качестве регулярных лексических единиц. Процесс заимствования слов характерен для всех языков как результат культурных, экономических, научных торговых и других взаимоотношений между странами.

Существует много причин по которым в русский язык так легко и массово приходят английские слова. Заимствование слов- естественный процесс развития языка, который обогащается в результате таких лексических заимствований.

Лингвисты выделяют следующие основные группы английских заимствований:

В первую группу входят слова, являющиеся прямыми заимствованиями. Примеры такого заимствования - торт, клуб, спорт.

Вторую группу составляют гибридные лексемы, которые часто встречаются в общеупотребительной лексике. Они образуются путём соединения английских и русских слов : хай-тек рынок и hi-tech рынок, арт- директор и art-менеджер, ноу-хау новинки и know-how новинки.

Третья группа- это калька, которая отличается тем, что она отражают неорганичные для данного языка черты. Например, выражение «синий чулок» - «bluestocking» можно привести как пример точной фразеологические кальки – воспроизведение лексико-грамматического состава чуждого фразеологизма без каких-либо отступлений. Примером неточной фразеологические кальки, когда перевод иноязычного оборота идёт с какими- либо отступлениями, может послужить слово небоскреб – англ. skyscraper.

Кальки могут быть семантическими (высокие технологии - high technology), фразеологическими и словообразовательными. Некоторые английские слова претерпевают настолько сильную руссификацию, что становятся словами-курьезами. Например слово « ксерокс», появившееся в русском языке со значением копировальный аппарат. “Xerox”- это название торговой марки, которая правильно произносится « зиракс».

Чем отличаются кальки от лексических заимствований? В первую очередь тем, что в них реализуется нехарактерные для данного языка черты.

Какие причины появления англицизмов в русской речи?

Это может быть отсутсвие соответствующего понятия в русском языке: скайп, импичмент, сканер, франшиза, когда такие слова становятся узнаваемыми во всех языках.

Ещё одной причиной появления англицизмов в русском языке становится их емкость определения понятия и лёгкость произношения.

Например , это базовые термины, которые используются в медицине:

Health - здоровье
Diagnosis - диагноз
Treatment - лечение
Symptom - симптом
Prescription - рецепт (на лекарство)
Side effects - побочные эффекты
Allergy - аллергия
Examination - осмотр
Hospital - больница
Clinic- клиника

В медицинской терминологии заимствованная лексика весьма разнообразна по своей структуре. Чаще всего заимствованные термины представляют собой транскрипцию или транслитерацию английских слов: «скаффолд» от англ. Scaffold – последовательность контигов, расположенных и ориентированных в порядке их расположения на хромосоме, «контиг» от англ. «contig» или «contiguous» представляет собой набор перекрывающихся сегментов ДНК, которые в совокупности представляют собой консенсусную область ДНК.

Также огромно количество составляют термины-гибриды, представляющие собой сочетания русских терминов и заимствований: белки- сидерофоры, эффлюкс – система и т.д.. Однако среди подобного рода симбиотических сочетаний можно встретить и термины, состоящие из аббревиации и полноценного термина: toll – рецептор,

Т-лимфациты, G- белки, р – гликопротеин, NOP – рецептор. Не менее часто встречаются неадаптированные аббревиатуры английских терминов: MDRP1 - multiple drug resistant protein1, LEAP – liver expressed antimicrobial peptide.

Подобного рода аббревиации иногда проходят ассимиляцию и становятся общепризнанными терминами, например термин «нетоз» образовано от аббревиации NET – Neutrophil Extracellular Trap и английского термина «apoptosis». Данные гибридные термины встречаются нечасто, однако, за последнее время количество таких терминов стало увеличиваться.

Следует упомянуть и социально-психологическая причину, когда носители языка отдают предпочтении в употреблении иностранного слова. Знание английского языка считается в высшей степени престижным. Врачи, знающие английский язык и читающие медицинские статьи и литературу на английском языке, употребляют в русской речи медицинские англицизмы. Все это является одновременно и причинами и условиями появления английских слов в русском медицинском языке.

Есть мнение языковедов о том, что идёт английская языковая экспансия, в результате которой русские языковые единицы вытесняются из речи, утрачивается интерес к родному языку и культуре, идёт формирование западных образцов речи, мышления. Заимствования являются основным способом обогащения терминологии, в частности медицинской терминологии. Английский язык превалирует в средствах массовой информации, в бизнесе, экономике, образовании, спорте, индустрии развлечений. Более 80% информации в мире хранится на английском языке. Он стал бесспорным языком науки: 70-85% всех научных работ публикуются сначала на английском языке. 93% населения считают его международным языком. В 62 странах мира он является официальным или полуофициальным языков. Все это показывает, что, как и многие другие языки, русский язык, безусловно, не может не подвергаться мощному англоязычному воздействию. Специфика процессов заимствований из английского языка в русский язык действительно принимает в определенной степени характер экспансии, лингвистические и культурные последствия которой требуют осмысления и практического изучения. В научной терминологии ситуация с употреблением заимствований несколько иная. В научной сфере использование иноязычных слов свидетельствует об активном взаимодействии различных культур и о развитии науки и техническом прогрессе, при этом заимствования являются неотъемлемой частью терминологического фонда. Но тех пор, пока грамматика остается неприкосновенной, а лексика пополняется словами других языков и сам язык сохраняет свою уникальность, можно констатировать лишь количественное накопление заимствованных слов, но не разрушение первоосновы русского языка. Заимствование слов- естественный процесс развития языка, который обогащается в результате таких лексических заимствований. Эти слова составляют 10% языка, и они не могут повлиять на основной словарь или грамматический строй языка.

Список литературы.

1. Брагина А.А. Лексика языка и культура страны: Изучение лексики в лингвострановедческом аспекте. Изд. 2-е переработанное и дополненное. - М., «Русский язык», 2018. - 152 с.

2. Дьяков А.И. Причины интенсивного заимствования англицизмов в современном русском языке. // Язык и культура. - Новосибирск, 2023. - С.35-43

3. Fishman J. Language modernization and planning in comparison with other types of national modernization and planning. In: Language in society, vol. 2, No 1. Ed. by J. Fishman. Hague: Mouton, 1974. P. 79-102.

4. Smith L.P. The English Language. L.: Williams & Norgate, 1912. P. 18.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЛЕКСИКИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ И ИХ НОРМАЛЬНО РАЗВИВАЮЩИХСЯ СВЕРСТНИКОВ

Малахова Ю. А., Колесникова Д. В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Развитие речи является одним из фундаментальных условий для полноценного психического, когнитивного и социального становления ребенка. Особое значение в этом процессе имеет формирование лексического компонента, или словарного запаса, который служит основой для построения грамматических конструкций, выражения мыслей и понимания окружающего мира. Старший дошкольный возраст (5-7 лет) является сензитивным периодом для активного обогащения и дифференциации лексики, ее систематизации и освоения словообразовательных моделей [4]. Однако у значительной части детей дошкольного возраста наблюдаются различные нарушения речевого развития. Среди них одно из центральных мест занимает Общее недоразвитие речи, при котором нарушено или задержано формирование всех компонентов речевой системы – фонетико-фонематического, лексического и грамматического. Дети с ОНР сталкиваются с трудностями в усвоении лексики, что проявляется в ограниченности словарного запаса, неточности словоупотребления, несформированности семантических связей и трудностях словообразования [2].

Качественные особенности лексики при ОНР включают:

- Недифференцированность лексики: использование одного слова для обозначения нескольких понятий.
- Неточность словоупотребления: смешение слов по звуковому или смысловому сходству (например, "чашка" вместо "кружка", "летит" вместо "плывет").
- Трудности в освоении обобщающих понятий: дети часто не могут назвать родовое понятие для группы предметов (например, "овощи" для моркови, лука, картофеля).
- Ограниченность предикативного словаря: дефицит глаголов, обозначающих действия, их оттенки и способы выполнения.
- Нарушения формирования семантических полей: слова в сознании ребенка не образуют устойчивых связей, затруднен подбор синонимов, антонимов, родственных слов.
- Стойкие нарушения словообразования: трудности в образовании уменьшительно-ласкательных суффиксов, прилагательных от существительных, глаголов с приставками, что лишает речь выразительности и точности [5].

Эти нарушения обусловлены недостаточной сформированностью оперативной памяти, внимания, зрительного и слухового восприятия, а также ограниченностью речевой практики и отсутствием адекватной стимуляции в раннем онтогенезе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского сада комбинированного вида 76, города Ставрополь. В нем приняли участие две группы старших дошкольников (5-7 лет):

Экспериментальная группа (ЭГ): 10 детей с заключением "Общее недоразвитие речи III уровня". Диагноз был подтвержден заключениями ПМПК и логопеда.

Контрольная группа (КГ): 10 детей с нормальным речевым развитием, соответствующим возрастной норме.

Все участники исследования имели сохранный интеллект и слух, не имели грубых неврологических и сенсорных нарушений.

Для сопоставительного анализа развития лексики использовались следующие методики:

Методика исследования объема активного словаря:

- Называние предметов и действий по картинкам;

- Подбор глаголов к существительным;
- Подбор прилагательных к существительным:

Методика исследования объема пассивного словаря:

- Показ предмета или картинки по названию;
- Понимание предлогов;
- Выполнение двуступенчатых и трехступенчатых инструкций.

Методика исследования семантических полей:

- Объединение предметов в группы по родовому признаку;
- Называние как можно большего количества слов по заданной тематике;
- Подбор синонимов и антонимов к заданным словам.

Методика исследования словообразовательных навыков:

- Образование уменьшительно-ласкательных существительных;
- Образование относительных и притяжательных прилагательных;
- Образование глаголов с различными приставками;

Анализ связной речи: пересказ короткого текста или составление рассказа по серии сюжетных картинок с последующим подсчетом количества использованных слов и анализом их точности.

Полученные данные подвергались количественному и качественному анализу.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ показал значимые количественные различия между детьми ЭГ и КГ.

Объем активного словаря: У детей с ОНР (ЭГ) средний показатель активного словаря был существенно ниже по сравнению с нормально развивающимися сверстниками (КГ). Дети ЭГ использовали в среднем на 35-40% меньше слов при назывании предметов и действий, а также испытывали затруднения при подборе предикативной лексики.

Объем пассивного словаря: Несмотря на то, что пассивный словарь у детей с ОНР был больше активного, он также оказался статистически значимо ниже нормы. Дети ЭГ хуже справлялись с заданиями на понимание малознакомых слов, сложных инструкций и предложных конструкций.

Разнообразие лексики: В речи детей ЭГ наблюдалось меньшее разнообразие частей речи. Преобладали существительные, в то время как глаголы, прилагательные, наречия и особенно предлоги использовались значительно реже, что делало их речь более фрагментированной и менее информативной.

Качественный анализ выявил специфические особенности лексики у детей с ОНР:

- Неточность словоупотребления;
- Недостаточное формирование семантических полей;
- Нарушения словообразовани;
- Ограниченность и стереотипность связной речи.

Заключение. Проведенный сопоставительный анализ ярко демонстрирует значительные различия в лексическом развитии у старших дошкольников с ОНР и их нормально развивающихся сверстников. Дети с ОНР характеризуются существенно меньшим объемом как активного, так и пассивного словаря, неточностью словоупотребления, недифференцированностью семантических значений, а также стойкими нарушениями в формировании семантических полей и словообразовательных навыков.

Эти нарушения не являются отдельными дефектами, а представляют собой системное недоразвитие языкового механизма, которое требует комплексного, дифференцированного и поэтапного логопедического воздействия. Раннее выявление, точная диагностика и своевременная коррекция лексических нарушений у детей с ОНР имеют критическое значение для их успешной подготовки к школе, адаптации к учебному

процессу, формирования полноценной коммуникативной компетентности и дальнейшей социальной интеграции.

Список литературы.

1. Лурия А.Р. Язык и сознание. – М.: Изд-во МГУ, 1979.

2. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада. – М.: Альфа, 2005.

3. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М.: Академия, 2004.

4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – М.: Просвещение, 1990.

5. Лалаева Р.И. Нарушение лексики у детей. – СПб.: Союз, 2004.

ОСОБЕННОСТИ СЛОВАРНОГО ЗАПАСА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Малахова Ю.А., Горецкая Д.М., Конева В.А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Усвоение словаря решает задачу накопления и уточнения представлений, формирования понятий, развития содержательной стороны мышления [1]. Задержка психического развития (ЗПР) – это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания [3]. Закономерности развития детей старшего дошкольного возраста с ЗПР находят отражение в недостаточном или нарушенном развитии лексического строя речи, что проявляется в ограниченности их представлений об окружающем мире, в трудностях осознания явлений, свойств и закономерностей окружающей действительности. Вследствие чего обучение становится более сложным, что требует коррекционной помощи в развитии словарного запаса [2]. В связи с этим, целью исследования является выявление особенности словарного запаса у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Для достижения поставленной цели было проведено исследование уровня развития словарного запаса у детей с нормой и патологией с помощью валидизированных методик и сравнение результатов детей разных групп.

Материалы и методы. В сентябре 2025 года на базе МБДОУ детского сада комбинированного вида №76 города Ставрополя проводилось логопедическое обследование. В нем принимали участие 10 детей возраста 6 лет. Дети по 5 человек разделены на две группы, в первой группе у детей психо-речевое развитие соответствует норме, а остальным 5 был поставлен диагноз ЗПР ПМПК г. Ставрополь.

Для проведения исследования использовались методики, составленные на основе методических рекомендаций О. С. Ушаковой и Е. В. Струниной: методика «Слова-названия и слова-обобщения», методика «Словарь профессий», методика «Словарь признаков», методика «Скажи наоборот», методика «Объясни» [5].

Для количественного анализа результатов использовались методы сравнения, статистической обработки, интерпретации результатов.

Результаты и обсуждение. В результате исследования были выявлены значительные различия в уровне развития словарного запаса между старшими

дошкольниками контрольной и экспериментальной групп. Дети контрольной группы продемонстрировали уровень словарного развития, соответствующий возрастным нормам. У них наблюдается высокий уровень сформированности знаний обобщенных слов, знаний слов названий профессий и предметов, связанных с ними, глаголов, обозначающих действия людей разных профессий, достаточный уровень развития навыков словообразования относительных прилагательных, сформированность знаний словаря антонимов и высокий уровень выявления понимания переносного значения слов и понимания многозначных слов.

В свою очередь, у старших дошкольников из экспериментальной группы, наблюдается отставание уровня словарного развития относительно возрастных норм. При выполнении упражнений дети показали слабое знание и понимание обобщающих понятий, названий профессий, недостаточное развитие навыков словообразования прилагательных, отсутствие представления об антонимах и неумение их подбора, а так же наблюдались трудности понимания многозначных слов и переносного значения. Двое старших дошкольников продемонстрировали средний уровень развития словарного запаса и трое - низкий. Дети не всегда справлялись самостоятельно, а порой даже при помощи педагога допускали ошибки.

Данные результаты подчёркивают значимость своевременного выявления и коррекции нарушений сформированности словарного запаса у старших дошкольников с ЗПР. Низкий уровень развития словаря негативно влияет на развитие всех психических процессов и социальных навыков. Данные указывают на необходимость создания и внедрения специализированных программ и упражнений, направленных на развитие словарного запаса у детей с ЗПР. Будущие исследования могут быть сосредоточены на анализе эффективности различных методик улучшения словарного запаса и выявлении факторов, которые способствуют его развитию у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Список литературы.

1. Алексеева М.М., Яшина В.И. Речевое развитие дошкольников. М., 1999. С. 22 - 32, 35 – 43.
2. Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция образования детей с задержкой психического развития: Учеб. пособие для студентов пед. вузов / Л. Н. Блинова; М-во образования Рос. Федерации. Упр. спец. Образования. – Москва: Изд-во НЦ ЭНАС, 2001. С. 132.
3. Борякова Н.Ю. О некоторых речевого высказывания шестилетних детей с задержкой развития / Н.Ю. Борякова // Дефектология. – 1983 – № 3 – С. 83-87.
4. Лебединская, К.С. Задержка психического развития и ее причины / К.С. Лебединская // Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей. – 1985. С. 77.
5. Ушакова О. С., Струнина Е. М. «Развитие речи детей 5–6 лет. Дидактические материалы». — М.: Вентана-Граф, 2010 – С. 32.

ОСОБЕННОСТИ АВТОМАТИЗАЦИИ ЗВУКА [Р] У ШКОЛЬНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОГОВОКАЛА

Малахова Ю.А., Житняя А.Е.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Многие дети в школьном возрасте имеют дефект в произношении звука [р] ротацизм. У некоторых детей звук полностью отсутствует, у других же пройден этап постановки, но в речи они его не используют. В результате этого дети могут испытывать неудобство при общении со сверстниками и окружающими людьми. Это влияет на их социализацию и психологическое состояние. Работа над устранением данного дефекта в этом возрасте проходит тяжелее, чем в дошкольном периоде, это занимает гораздо больше времени и требует особого внимания. Автоматизация звука [р] у детей школьного возраста является важной частью коррекционной работы логопеда. Автоматизация звука – этап при коррекции неправильного звукопроизношения, следующий после постановки нового звука; направлен на формирование правильного произношения звука в связной речи; заключается в постепенном, последовательном введении поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь [1].

Материалы и методы: Анализ данных проводился на базе детского клуба раннего развития. Проводилась беседа с родителями и сбор анамнеза. Методы, использованные в исследовании аналитические, обсервационный, лонгитюдный.

Клинические случаи: Марина 11 лет, Аня 11 лет.

Результаты: Родители обратись с одинаковой проблемой: ребёнок в 11 лет отсутствует звук [р]. Со слов родителей они ранее обращались к логопедам, но звук так и не поставили.

Проведя обследование детей, была выявлена способность к изолированному произнесению звука. Марина и Аня использовали правильную артикуляторную позицию в изолированном произнесении, но не использовали звук в речи. Состояние речевого аппарата и слуха в норме. Девочки легко шли на контакт заинтересовавшись музыкой, не отрицали наличие нарушения. Негативно отзывались о нем и о логопедических занятиях. На основе этого был выбран путь коррекционной работы. Занятия логовокалом проводились 2 раза в неделю по 40-45 минут.

Логовокал — методика, которая включает вокальные упражнения и пение для коррекции речевых нарушений. Цель занятий логовакалом: научить правильной артикуляции, дыханию, темпу и ритму речи, закрепить и помочь ввести в речь новые звуки, развить фонетико-фонематический слух.

В занятия входили артикуляционные упражнения, дыхательная гимнастика, специально подобранные распевки, скороговорки и песни подходящие диапазону ребёнка [3].

Артикуляционные упражнения использовались для разогрева речевого аппарата и дополнительному закривлению правильной позиции. Сюда входили упражнения «Грибочек», «Маляр», «Часы» и другие [2].

Дыхательная гимнастика включала в себя упражнения на развитие способности контролировать воздушную струю для создания основного звука, усилить голос за счёт воздушного потока, а не напряжения связок [4].

В ходе работы использовались специально подобранные распевки.

Такие как: распев звука [р] по звукам мажорной тональности с первой по пятую ступень; распевки по мажорному и минорному трезвучию на открытые, прямые слоги с использованием звука [р]; распевки с обратными слогами на одной ноте; распевки с движение вверх и вниз на тон и пол тона с использованием последовательностей слогов и

слов, и так далее. Эти распевки помогали постепенно закреплять правильное произнесение звука в разнообразных позициях.

На инструменте раскладывались разнообразные скороговорки. Несколько из них:

«На горе Арарат растёт крупный виноград».

«Орел на горе, перо на орле, гора под орлом, орел под пером».

«Пришел Прокоп кипит укроп, ушел Прокоп кипит укроп.

И при Прокопе кипит укроп, и без Прокопа кипит укроп».

Они способствовали выработке интонированию, тренировали и закривляли правильное произношения звука, улучшали плавность произнесения.

В последствии для занятий были выбраны песни, опираясь на возможности детского певческого голоса и предпочтений самого ребёнка. Прорабатывая песни дети увлечено занимались, отрабатывали звук [р] в разных позициях и разных сочетаниях, правильно использовали артикуляционную позицию автоматизируя звук. Благодаря музыкальному сопровождению занятия протекали в расслабленной атмосфере благотворно влияя на отношения детей к занятиям.

Проанализировав коррекционную работу, были выявлены улучшения в произнесении звука [р] в слогах, словах, словосочетаниях, предложениях. Дети плавно переходили в нужную артикуляционную позицию, чаще начали поправлять свою речь, исправляя ошибки в произнесении звука.

Логовокал способствовал плавной автоматизации звука. Благодаря музыкальным занятиям, дети с интересом выполняли предложенные упражнения и задания. Негативизм по отношению к логопедическим занятиям исчез.

Вывод: Автоматизации звука [р] у школьников с использованием методики логовокала - актуальный возможный вариант коррекционной работы логопеда.

Проведя итоговое обследование, дети показали улучшение в использовании артикуляционной моторики, усовершенствовался фонематический слух: дети научились лучше контролировать мышцы речевого аппарата и различать звуки. Звук [р] закрепился в речи, это снизило уровень тревожности и повысилась уверенность ребенка в себе, что способствовало лучшему общению со сверстниками и взрослыми. Развилось речевое дыхание, это способствовало усовершенствованию звука. Дети приобрели вокальные навыки, значительно повысился уровень владения исполнительскими приёмами, такими как чистота интонирования, динамика звучания и ритмическая точность. Полученные знания и навыки окажут положительное влияние на дальнейшее интеллектуально-эстетическое развитие детей, обеспечивая основу для формирования культуры общения и самовыражения.

Вокальные упражнения могут стать эффективным дополнением к логопедической работе по автоматизации звука [р], развивая речевое дыхание, укрепляя артикуляционный аппарат, улучшая фонематический слух, снимая мышечные зажимы и повышая мотивацию ребенка.

Однако, важно проводить занятия под руководством специалиста, чтобы обеспечить правильную технику.

Список литературы.

1.Коноваленко В.В. Альбомы по автоматизации звуков свистящих, шипящих, сонорных // С.В. Гном и др. 2006. С. 116-138.

2.Поваляева. М.А. Справочник логопеда//Ростов н/Д:Феникс,2002. - С. 363.

3.Федотова Н.Н. Постановка голоса и развитие вокальных данных детей и подростков. Методическое пособие. Волжск, 2011. С. 6-42.

4.Шамраева. Л. А. Троицкий. Дыхательная гимнастика Стрельниковой. Комплекс упражнений: дайджест // МБУК «Централизов. библ. система № 2», Информ. библиогр. Сектор, 2017 –С. 5-15.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Малахова Ю.А., Заводнова М.П., Моногарова В.С., Севостьянова И.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В последние годы отмечается устойчивый рост числа детей дошкольного возраста с различными нарушениями речевого развития, среди которых значительное место занимает стёртая дизартрия. Стёртая дизартрия характеризуется недостаточной четкостью артикуляции, смазанностью произношения и сниженной выразительностью речи, что существенно влияет на формирование коммуникативных и когнитивных навыков ребенка, а также на его личностное развитие. Нарушения при дизартрии обусловлены органическим поражением центральной нервной системы и сопровождаются не только речевыми, но и неречевыми симптомами, включая дефицит моторных и психических функций [2].

Современные коррекционные методики зачастую направлены на устранение периферических проявлений речевых нарушений и не всегда учитывают центральные механизмы и межзональные взаимодействия в мозге, что ограничивает их эффективность. В связи с этим особую актуальность приобретает нейропсихологический подход. Этот метод основан на понимании мозговых механизмов нарушений, выявлении первичных и вторичных симптомов, а также индивидуализировании коррекционной работы с учётом особенностей развития высших психических функций.

С учётом вышесказанного, целью настоящего исследования является комплексная оценка эффективности нейропсихологического подхода в коррекции стёртых форм дизартрии у детей дошкольного возраста.

Для достижения поставленной цели было проведено нейропсихологическое обследование и коррекция с использованием валидизированных методик, а также проанализирована динамика изменений в ходе коррекционного воздействия.

Материалы и методы. В сентябре 2025 года на базе детского центра «Центр занятий и развития речи ЛогоПункт» проводилось нейропсихологическое исследование. В нём приняли участие 2 группы детей дошкольного возраста (5–7 лет) с установленным диагнозом «стёртая дизартрия»: экспериментальная и контрольная. Экспериментальная группа проходила программу коррекции, основанную на нейропсихологическом подходе, а контрольная – продолжала получать стандартную логопедическую помощь. Формирование выборки осуществлялось с учётом однородности по возрасту и степени выраженности речевого дефекта.

В качестве методов исследования использовались:

1. Нейропсихологическая диагностика. Для комплексной оценки состояния высших психических функций и структуры речевого дефекта использовались валидизированные нейропсихологические методики, включающие анализ моторных, гностических, регуляторных и речевых функций (например, диагностика по А. Ю. Абрамовой и Е. А. Лариной) [1;4]. Особое внимание уделялось артикуляционному праксису, слуховому восприятию, межполушарной асимметрии, особенностям просодической стороны речи.
2. Логопедическое обследование. Проводился анализ фонетико-фонематических и просодических нарушений, а также оценка динамики речевого развития в ходе коррекционной работы.
3. Коррекционно-развивающая программа. В рамках нейропсихологического подхода применялись индивидуализированные коррекционные занятия, направленные на развитие артикуляционной моторики, слухового восприятия, просодики, а также формирование компенсаторных стратегий с учётом выявленных нейропсихологических

дефицитов. Использовались нейроигры с массажными мячами; кинезиологические игры; нейрогимнастика («класс-заяц», «кулак-класс»), артикуляционная гимнастика и дыхательные упражнения.

Для количественного анализа результатов использовались методы:

- сравнения;
- статистической обработки;
- интерпретации результатов.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования применения нейропсихологического подхода в коррекции детей дошкольного возраста со стёртой дизартрией была выявлена выраженная положительная динамика в развитии речевых функций, особенно в формировании просодических компонентов речи. У детей экспериментальной группы отмечалось значительное улучшение выразительности речи, интонационной окраски, темпа и ритма по сравнению с контрольной группой. Статистическая обработка данных показала достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами по ряду показателей, что свидетельствует о высокой эффективности комплексной, систематической и индивидуализированной коррекционной работы, основанной на нейропсихологических принципах.

Полученные результаты подтверждают, что нейропсихологический подход, ориентированный на развитие высших психических функций и индивидуализацию коррекционного процесса, позволяет не только улучшить речевые показатели, но и положительно влияет на сопутствующие когнитивные и моторные функции. Это согласуется с выводами Л.С. Выготского, который подчеркивал, что каждая специфическая функция является продуктом деятельности различных, связанных между собой мозговых центров [3].

В отличие от традиционных логопедических методик, нейропсихологический подход обеспечивает более глубокую диагностику детей, например, позволяет выявить нарушение конкретной высшей психической функции и в дальнейшем направить путь коррекции с учётом этого индивидуального дефекта, подбирая методики с упором на конкретное нарушение.

Заключение.

Проведённый анализ и сопоставление исследований подтверждают, что нейропсихологический подход к коррекции детей дошкольного возраста со стёртой дизартрией обладает высокой эффективностью и научной обоснованностью. Комплексная диагностика, включающая нейропсихологические методы, позволяет не только глубже понять структуру речевого дефекта, но и индивидуализировать коррекционную работу с учётом особенностей высших психических функций и моторной организации речи.

Результаты исследования подтверждают, что своевременная и систематическая нейропсихологическая коррекция не только способствует преодолению речевых нарушений, но и положительно влияет на гармоничное развитие личности ребёнка, его адаптацию и успешность в образовательной среде. Таким образом, нейропсихологический подход следует рассматривать как приоритетное направление в работе с детьми дошкольного возраста со стёртой дизартрией.

Список литературы.

1. Абрамова А. Ю. Нейропсихологическая диагностика высших психических функций детей с 3 до 18 лет. – М.: Нейропсихологический центр «Норма плюс», 2018. – С. 64.

2. Архипова Е. Ф. Стёртая дизартрия у детей. — М.: АСТ: Астрель, 2006. – С. 26–32.

3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. I. Вопросы теории и истории психологии/Под ред. А. Р. Лурия, М. Г. Ярошевского. — М.: Педагогика, 1982. ил. (Акад. пед. наук СССР). – С. 168–174.
4. Ларина Е. А. Диагностика интонационной стороны речи у детей дошкольного возраста: учеб.-метод. пособие / сост. Е. А. Ларина. – Хабаровск: Тихоокеан. гос. ун-та, 2020. – С. 84–99.
5. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. /Под ред. Хомская Е. Д., Кандель Э. И. — М.: МГУ, 1962. – С. 2–62.

ОСОБЕННОСТИ СЛОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Малахова Ю.А., Ильинова В.А., Семененко А.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Проблема словообразования у детей дошкольного возраста с лёгкой степенью умственной отсталости является одной из распространенных в педагогике. У таких детей речевые отклонения проявляются комплексно и затрагивают все аспекты речевой функции. Могут наблюдаться недоразвитие мотивационной составляющей, сниженный интерес к общению и трудности в планировании и создании речевого акта. У них встречаются различные виды речевых расстройств, отличающиеся устойчивостью и сложностью коррекции, основной причиной которых является нарушение когнитивных функций [2].

Умственная отсталость — это стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально - волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер [4].

Школьники с умственной отсталостью имеют ограниченный словарный запас. При этом пассивный словарь преобладает над активным. Дети имеют сложности с извлечением слов из памяти, часто речь ребёнка лишена смысла и состоит из эхолалий. В спонтанной речи они используют конкретные существительные и испытывают сложности при назывании отдельных частей предметов.

У таких детей развитие словообразования значительно отстаёт от нормы, а их способность к образованию новых слов ограничена суффиксальным способом словообразования. Это связано с пониженной мотивацией и ограничением слуховой и зрительной памяти, не менее важным тут выступает и нарушение анализа ситуации и выделения значимых элементов для образования слов. Как правило они демонстрируют нежелание выполнять словообразовательные задания или же заменяют производные слова на уже знакомые [5].

Недоразвитие грамматического строя речи у детей с лёгкой степенью умственной отсталости выражается в насыщенности аграмматизмами и затруднениях при выполнении заданий, предполагающих обобщение грамматических правил. У них наблюдается недостаточное развитие как синтаксических конструкций предложений, так и морфологических обобщений, а также процессов словоизменения и словообразования.

В связи с данной проблемой была поставлена цель – выявить особенности формирования словообразования у детей дошкольного возраста с лёгкой степенью умственной отсталости.

Опираясь на поставленную цель, были выявлены следующие задачи: провести анализ литературы по проблеме исследования и раскрыть содержание понятия «умственная отсталость», подобрать критерии сформированности словообразования у детей дошкольного возраста с лёгкой степенью умственной отсталости, подобрать и апробировать методики сформированности словообразования у детей дошкольного возраста с лёгкой степенью умственной отсталости.

Для достижения поставленной цели было проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление уровня сформированности словообразовательных навыков у дошкольников. В рамках данного исследования также был осуществлён сравнительный анализ с группой детей, демонстрирующих нормальный уровень когнитивного развития.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МБДОУ ДС комбинированного вида №76 города Ставрополя. В нём принимали участие две группы детей 5-6 лет. У детей из контрольной группы развитие словообразования соответствует норме, а у детей из экспериментальной группы наблюдаются нарушения в развитии словообразования, данный диагноз был поставлен ПМПК г. Ставрополя.

Исследование проходило на основе игры «Назови ласково». Цель данной методики заключается в выявлении умения образовывать уменьшительно-ласкательные формы имён существительных детьми дошкольного возраста с лёгкой степенью умственной отсталости.

В качестве стимульного материала мы использовали картинки предметов повседневного пользования, игрушек и животных (кукла, мишка, стол, шапка, ложка, кот, стул, машина, мяч), реалистичные изображения, которые знакомы детям.

В ходе игры ребёнку показывали картинку с изображением объекта, сопровождая инструкцией: «Вот твоя любимая игрушка (указывая на объект). Давай назовём её ласково.» Например: «Это кот. Как мы скажем это слово ласково...?». Ребёнок должен сформировать уменьшительно-ласкательную форму слова «кот», что в данном контексте выражается как «котик». Ту же самую процедуру проделывали аналогично с другими словами с нормально развивающимися детьми и детьми с лёгкой умственной отсталостью.

Результаты и обсуждение. Результаты проведённой методики показали, что дети без отклонений правильно преобразовали все названные существительные в уменьшительно-ласкательные формы при помощи суффиксов, без задержки. Один мальчик лишь единожды запнулся на образовании слова.

Детям с лёгкой степенью умственной отсталости потребовалась дополнительная помощь и наглядные примеры при преобразовании уменьшительно-ласкательных форм существительных, иначе наблюдались затруднения в выполнении задания.

Заключение. В рамках проведённого исследования, основанного на применении игровой методики «Назови ласково», были выявлены существенные отклонения в развитии навыков словообразования у детей дошкольного возраста, страдающих умственной отсталостью. Анализ показал, что эти дети испытывают значительные трудности при самостоятельном выполнении заданий, связанных с трансформацией исходных форм существительных в уменьшительно-ласкательные. Ошибки, допущенные в процессе выполнения данных заданий, свидетельствуют о недостаточном уровне сформированности соответствующих лингвистических компетенций у данной категории детей. Полученные результаты подчёркивают необходимость дальнейшего изучения механизмов формирования словообразовательных навыков у детей с особыми образовательными потребностями и разработки эффективных коррекционных программ, направленных на их улучшение.

Список литературы.

1. Актуальные проблемы психической речи и обучение языку. //Под ред. А.А. Леонтьева, -М., 1998

2. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. М.: СБП.: Речь, 2003, 195 с.
3. Цейтлин С. Н. Ранние стадии усвоения морфологии // Проблемы детской речи. М., 1996 г. – С 21–24.
4. Шахнарович А.М., Юрьева Н.М. Психолингвистический анализ семантики и грамматики: на материале онтогенеза речи. М., 1990 г. – 165 с.
5. Шахнарович А.М., Юрьева Н.М. Особенности образования производных слов в детской речи // Теоретические аспекты деривации. – Пермь, 1982г. – С 34-58.

ВНИМАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ

Малахова Ю.А., Хакирова А.А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Среди множества проблем в специальной психологии и педагогике, проблема умственной отсталости занимает главное место [1]. У детей с умственной отсталостью отмечаются выраженные нарушения в развитии внимания, снижение показателей его свойств (объема, концентрации и устойчивости), и их познавательная деятельность крайне затруднена, что усложняет процесс обучения и требует проведения психологической коррекции свойств внимания [3].

Цель исследования заключается в потребности выявить особенности развития внимания у дошкольников с легкой степенью умственной отсталости.

Внимание - процесс направленности и сосредоточенности психической активности человека на объектах внешнего мира или внутреннем состоянии.

Для детей и подростков с умственной отсталостью характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, испытывают потребность в познании. В частности, у таких детей сильно страдает непроизвольное внимание, однако больше всего недоразвита именно его произвольная сторона. Внимание сильно истощаемое: дети быстро устают от усилий по сосредоточению внимания, им требуется относительно много времени на восстановление умственной работоспособности, которая не достигает уровня оптимума [2, 4].

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 10 детей 5-6 лет, из которых у 5 человек развитие внимания соответствует норме, а у остальных 5 – наблюдаются нарушения в развитии внимания, данный диагноз был поставлен ПМПК г. Ставрополя. Исследование проводилось на базе МБДОУ ДС комбинированного вида №76 города Ставрополя.

Методика «Найди и вычеркни» – это один из инструментов для развития внимания, зрительного восприятия и концентрации у детей. Она заключается в нахождении и исключении заданных элементов из представленного набора.

Результаты. В ходе методики – «Найди и вычеркни» [5] были получены следующие результаты:

Дети контрольной группы быстро находили и вычеркивали нужные объекты или элементы, затрачивая при этом небольшое количество времени. У них наблюдался высокий процент успешных нахождений и вычеркиваний, долгое сохранение концентрации, что говорит об их стабильной производительности. Предпочитали использование систематического подхода, при этом ошибок у них либо не наблюдалось, либо они были минимальными.

У всех 5 детей на момент начала эксперимента наблюдался высокий уровень развития внимания. Эти дошкольники хорошо справились с предложенными заданиями.

Дети же из экспериментальной группы справились с заданием значительно хуже. На выполнение упражнения у них ушло гораздо больше времени, они очень часто отвлекались и испытывали большие трудности при выполнении. Количество правильно найденных и вычеркнутых объектов оказался значительно ниже по сравнению с контрольной группой. Трое дошкольников продемонстрировали средний уровень развития внимания. Двое дошкольников продемонстрировали низкий уровень развития внимания. Данные дети могли выполнить задание только с помощью педагога, но и в этом случае допускали многочисленные ошибки.

Заключение

Проведенное исследование позволило нам увидеть различия в уровне развития внимания между дошкольниками контрольной и экспериментальной групп. Дети контрольной группы демонстрировали хорошее внимание, характеризующееся устойчивостью, концентрацией и высокой продуктивностью. У дошкольников же из экспериментальной группы наблюдались выраженные проблемы с вниманием, которые проявлялись в трудностях с концентрацией, повышенной отвлекаемости, медленном темпе работы и большом количестве ошибок. Указанные результаты акцентируют значимость раннего выявления и исправления дефицита внимания у детей дошкольного возраста. Ограниченный уровень развития внимания может оказать неблагоприятное воздействие на успехи в учебе и общую приспособленность к образовательному процессу.

Список литературы.

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. - 317с.
2. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973. - 175с.
3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. - 182с.
4. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. М.: Владос, 2001. - 157.
5. Микшина Т.А. Диагностика и коррекция внимания у детей с трудностями в обучении. СПб.: КАРО, 2006. - 104с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТАСО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Оганян К. М., Ершова К.А., Черкашина А.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Современные методики коррекционной работы сильно шагнули вперед. Они позволяют развивать мозг, формировать межполушарные связи, позволяющие улучшить речь ребенка [2].

Нейродефектологический подход носит характер комплексного воздействия, и не только развивает речь, но и совершенствует общую и мелкую моторику, благоприятно сказывается на развитии мышления, памяти, внимания и т.д. Благодаря нейродефектологическому подходу происходит развитие единого функционирования

системы мозга, что обеспечивает полноценное развитие личности ребёнка, его дальнейшее интеллектуальное развитие [3].

Нейродефектологический подход является эффективным средством помощи детям с различными речевыми нарушениями. Благодаря нейродефектологическому подходу происходит активизация речевых отделов головного мозга, что позволяет без применения лекарственных средств с помощью специальных приемов в более короткие сроки корректировать нарушения речи у детей [2].

С целью выявления эффективности нейродефектологического подхода в коррекции речи, нами был организовано и проведено экспериментальное исследование.

В эксперименте приняли участие шестнадцать детей: восемь детей старшего дошкольного возраста с нормальным развитием речи, которые составили контрольную группу, и восемь детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Материалы и методы. Обследование речи у детей проводилось с помощью тестовой методики экспресс-диагностики Т.А. Фотековой, адаптированной нами специально для детей старшего дошкольного возраста. Тестовая методика Т.А. Фотековой – одна из наиболее распространенных методик экспресс-диагностики. В этой методике используются пробы, предложенные Р.И. Лалаевой и Е.В. Мальцевой [5].

Главной задачей данной экспресс-диагностики является качественная оценка речи детей, которая будет необходима при разработке нейродефектологической программы.

Данная методика удобна тем, что она не требует использования наглядных средств; требуется меньше времени на ее проведение; протоколы обследования представлены на каждого ребенка, что позволяет при консультировании родителей данного ребенка оперировать конкретными примерами достижений ребенка; речевой профиль ребенка позволяет видеть мониторинг развития всех сторон речевой системы и строить с учетом этого коррекционную работу [4].

Главная цель данной методики – выявление особенностей речевого развития детей. Методика включает в себя четыре серии:

серия 1 – исследование сенсомоторного уровня речи;

серия 2 – исследование грамматического строя речи;

серия 3 – исследование словаря и навыков словообразования (образование прилагательных от существительных);

серия 4 – исследование связной речи (составление рассказа по серии сюжетных картинок) [5].

Все задания объединены в четыре серии с одинаковыми максимальными оценками в тридцать баллов. Наибольшее количество баллов за всю методику равно ста двадцати. При обработке полученных данных абсолютное значение переводится в процентное выражение. Если 120 принять за 100%, то процент успешности выполнения методики каждым испытуемым можно вычислить, умножив суммарный балл за весь тест на 100 и разделив полученный результат на 120. Высчитанное таким образом процентное выражение качества выполнения методики соотносится затем с одним из четырех выделенных уровней успешности речевой деятельности.

IV уровень (высокий) – 100 – 80 % (незначительные нарушения компонентов языковой системы ребенка, недостаточная внятность, нарушения звукопроизношения, нечеткая дикция);

III уровень (средний) – 79,9 – 65 % (наличие развернутой фразовой речи с элементами лексики-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи, сформированы навыки словообразования);

II уровень (ниже среднего) – 64,9 – 45 % (недостаточность фонетической стороны речи, активный словарный запас состоит из предметной и глагольной лексики);

I уровень (низкий) – 44,95 – 0 % (речевые средства ребенка сильно ограничены, активный словарь практически не сформирован, высказывания сопровождаются жестами и мимикой).

Таким образом, подобранная диагностическая методика позволила нам провести экспериментальное исследование по выявлению уровней развития речевой деятельности.

Результаты и обсуждения. Проанализировав количественные результаты диагностической работы с контрольной группой, мы пришли к выводу о том, что в данной группе преобладающим является высокий уровень развития речевой деятельности – 8 детей (100%).

У детей наблюдались отдельные нарушения звукопроизношения, обусловленные возрастными анатомо-физиологическими изменениями (отсутствие зубов), либо невнимательностью к собственному произношению (т.к. изолированно или под контролем дети не испытывали таких трудностей).

Также нами были отмечены сложности словообразования, нарушения слоговой структуры слова (невозможность или затруднения в произнесении многосложных слов).

Исходя из количественной и качественной оценки контрольной группы констатирующего этапа эксперимента, мы пришли к выводу о том, что в данной группе у всех детей отмечается высокий уровень развития речевой деятельности. Именно поэтому данная группа детей не нуждается в занятиях с применением нейродефектологического подхода.

В экспериментальной группе наблюдались совершенно иные результаты: преобладающим является низкий уровень развития речевой деятельности 8 детей (100%). Высокий и средний уровни не выявлены. У детей выявлены нарушения фонематического восприятия, проявляющиеся в неточном воспроизведении предъявляемых слов с перестановкой слогов, их заменой и пропусками.

При обследовании состояния артикуляционной моторики у детей отмечены замедленное и напряженное выполнение предъявляемых упражнений, выполнения с ошибками, длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации.

При обследовании звукопроизношения детям были предъявлены ряды слов, и детям необходимо было их повторить. Нами были получены следующие результаты: отмечены искажения или замены во всех речевых ситуациях нескольких звуков.

Проверка сформированности звукослоговой структуры слова позволила выявить замедленное послоговое воспроизведение, искажение звукослоговой структуры слова (пропуски и перестановка звуков и слогов внутри слова).

При обследовании грамматического строя речи выявлены пропуски частей предложения, искажение смысла и структуры предложения.

Исходя из полученных результатов, можно сделать следующий вывод: уровень речевого развития у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией значительно ниже, чем у детей старшего дошкольного возраста с нормальным речевым развитием.

Таким образом, мы можем сделать следующий вывод: у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией отмечается значительное снижение уровня речевого развития, что проявляется в следующем:

- общая моторная неловкость, дискоординация, замедленность или расторможенность движений;
- бедность активного словаря, медленное и искаженное его развитие;
- множественные нарушения звукопроизношения;
- позднее формирование грамматического строя: ребенок не согласовывает слова в роде, числе и падеже, путает окончания и т. п.;
- отклонения в воспроизведении слогового состава слова и т.д.

Выявленные нами нарушения в речи у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией требует коррекционных занятий с применением нейродефектологического подхода.

Список литературы.

1. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии / Т.Г. Визель. – М.: изд-во В.Секачев, 2018. – 264 с.
2. Живолупов, С.А. Современная концепция нейропластичности (теоретические аспекты и практическая значимость) / С.А. Живолупов// Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 10. – С. 102–108.
3. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В.Семенович. – М.: Академия, 2012. - 302 с.
4. Шаховская, С.Н., Шостак, Б.И. Обследование детей с нарушениями речи в условиях медико-педагогических комиссий / С.Н. Шаховская, Б.И. Шостак // Речевые расстройства у детей и методы их устранения: сб. научных трудов. – М.: МГПИ, 2018. – с. 4-16.
5. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов / Т.А.Фотекова, Т.В.Ахутина. — М.: АРКТИ, 2002. — 136 с.

ПСИХОЛОГО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Оганян К.М., Одекова А.М., Гукасова Е.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), включая ишемический и геморрагический инсульт, является одной из ведущих причин приобретенных речевых расстройств – афазий [3].

Специфика работы с больными в острой стадии заболевания не раскрыта в полной мере. Имеющиеся методики, и прежде всего логопедические, не рассчитаны на самый острый период заболевания, который в большинстве случаев является решающим для конечного восстановительного эффекта. Из этого вытекает, что дальнейшие исследования, охватывающие именно острый период, являются крайне актуальными.

На базе нейрохирургического отделения краевой клинической больницы г.Ставрополя мы провели экспериментальное исследование с участием больных с нарушениями речевой и других высших психических функций (ВПФ) в ранней постинсультной стадии. Возраст больных от 31 до 72 лет. Экспериментальная группа отбиралась из общего числа больных, проходящих лечение в отделении, при условии их выхода из состояния комы.

Цель констатирующего эксперимента состояла в выявлении особенностей общего состояния больных (сознания, ориентации в окружающем и др.), нарушений, состояния речевой и неречевых высших психических функций (ВПФ). Эксперимент состоял из 5-и блоков[1,2]:

Блок 1. Изучение степени загруженности сознания больных, особенности их эмоционального реагирования, выносливость. Основные результаты, полученные по блоку 1, показали, что у 30 (65,8 %) больных было загружено сознание: у 3 больных -

частично, у 7 больных грубо с потерей ориентации в ситуации и соответственно они были полностью недоступны нейропсихологическому и логопедическому обследованию. У остальных 6 (24,2 %) больных сознание было сохранным. У этих же больных отмечалась недостаточность эмоциональной сферы.

Блок 2. Наблюдение за больными во время приема пищи и одевания. Выявлено, что у 26 больных имелись гемипарезы, не позволяющие им самостоятельно есть и одеваться. Эти затруднения мы расценили как естественные и не требующие специального психолого-педагогического изучения. Однако, у 8 больных, которые тоже не справлялись с актами еды и одевания, выраженных параличей и парезов конечностей не оказалось. Их несостоятельность была оценена как следствие апраксии еды и одевания. У 6 из этих 8 больных регистрировались правополушарные очаги поражения, у 2-х - левополушарные.

Блок 3. Изучение способности к восприятию слова предполагало 2 этапа:

1 этап. Выявление неречевого слухового восприятия.

В рамках данного блока обследовалась способность больных к распознаванию: стимулы - неречевые шумы (природные и предметные), музыкальные разных жанров (полька, марш, вальс, колыбельная), звукоподражания, которые предъявлялись в магнитофонной записи, в произвольном порядке.

Выявлено, что восприятие природных и предметных шумов вызывало затруднения практически у всех больных.

2 этап. Выявление функции восприятия слова.

Предъявлялись реальные, находящиеся вокруг предметы и изображенные на картинках, в том числе стилизованные.

Анализ результатов по данному блоку показал, что у 30-и больных из 46-и со всеми формами имело место отчуждение смысла слова (непонимание смысла слова), свидетельствующее о нарушении речевого слухового гнозиса.

Блок 4. Исследование способности к воспроизведению слова предполагало несколько этапов:

1 этап. Воспроизведение единичных кистевых и пальцевых поз (кинестетический праксис).

Давалось задание воспроизвести ряд поз кисти и пальцев. Неспособность выполнить действия расценивалась как наличие у больного кинестетической апраксии (апраксии позы), обусловленной поражением постцентральных зон левого полушария.

2 этап. Воспроизведение серий кистевых и пальцевых поз: кулак-ладонь-ребро; кулак - кольцо - ладонь и пр.

По результатам выполнения тестов констатировано, что кинестетическая и кинетическая апраксия имелась преимущественно у больных с эфферетной моторной афазией.

3 этап. Воспроизведение оральных поз.

Давалось задание воспроизвести ряд оральных поз (подуть, поцокать, пощелкать, посвистеть, надуть обе щеки, каждую щеку поочередно и т.д.):

Неспособность выполнить данный тест расценивалась как наличие оральной апраксии, обусловленной поражением нижнетеменной области левого полушария.

4 этап. Воспроизведение артикуляционных поз и серий поз, т.е. афферентного и эфферентного артикуляционного праксиса.

Давалось задание повторить отдельные звуки и слоги, а также слова и серии слов, различных по звуковой и слого-ритмической структуре. Неспособность повторять предъявляемые речевые единицы при условии их узнавания считалось показателем наличия у больного артикуляционной апраксии и соответственно о поражении нижнетеменной зоны головного мозга.

Результаты исследования показывают, что при эфферентной моторной афазии, наиболее грубым дефектом в острой стадии заболевания является нарушение владения словом, наиболее ярко проявляющееся в недостаточности его понимания.

Помимо грубых речевых расстройств, значимыми являются явления загруженности сознания больных; отсутствие адекватного эмоционального реагирования; наличие различных видов агнозий и апраксий, и, в первую очередь, апраксии еды и одевания, осложняющие социализацию больных.

Таким образом, на начальном этапе восстановительного обучения необходима предварительная неречевая работа, состоящая в полианализаторной стимуляции, направленной на вывод больных из состояния загруженности, нормализации эмоциональной сферы, повышения работоспособности.

Список литературы.

1. Визель, Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии : методическое пособие / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. − М. : Изд-во «Секачев В.», 2011. – 100 с.

2. Организацияспециализированнойнейрореабилитационнойпомощибольнымс очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы : методическое письмо : утв. Минздравсоцравития РФ 06.02.2006 N 504-РХ [Электронный ресурс] // URL : http://rudoctor.net/medicine/bz-aw/med-tmtac/index.htm. − Дата обращения 30.07.2011.

3. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М.К. Речь и афазия: методологический подход к преодолению речевых расстройств / М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

Оганян К.М., Боднар А.А., Грамоткина Л.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Проблема коррекции нарушений речевого дыхания у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) является одной из наиболее актуальных в современной логопедии и специальной педагогике. Нарушения речевого дыхания у дошкольников с ДЦП проявляются достаточно рано и оказывают системное влияние на все стороны речевой деятельности. По данным отечественных исследований (Г. А. Волкова, Е. Ф. Архипова, Л. В. Лопатина и др.), более 70 % дошкольников с ДЦП имеют выраженные дизартрические расстройства, в структуре которых дыхательные нарушения занимают ведущее место [1; 2].

Речевое дыхание представляет собой особую форму дыхания, отличающуюся от физиологического. Если физиологическое дыхание характеризуется равномерным чередованием вдоха и выдоха, то речевое предполагает удлинённый, плавный и дозированный выдох, необходимый для фонации, артикуляции и интонационного оформления речи [3]. У дошкольников с ДЦП данный процесс нарушается вследствие поражения центральной нервной системы, что проявляется несогласованностью дыхательного и голосового компонентов, ограничением фразовой длины и снижением выразительности речи.

Особую значимость данная проблема приобретает именно в дошкольном возрасте, когда идёт активное становление коммуникативной деятельности и формирование предпосылок к школьному обучению. Недостатки речевого дыхания не только затрудняют процесс овладения звукопроизношением и лексико-грамматическим строем, но и снижают коммуникативную компетентность ребёнка, что приводит к ограничению социальных контактов и эмоционально - личностной сферы [4; 5].

Таким образом, коррекция речевого дыхания у дошкольников с ДЦП является важнейшей задачей комплексной реабилитации. Она требует системного подхода, опоры на нейрофизиологические механизмы дыхания и использования разнообразных педагогических приёмов. Логопедическая практика показывает, что формирование правильного речевого дыхания значительно повышает эффективность коррекционной работы в целом, облегчает развитие артикуляционных навыков, улучшает фонацию и просодику, а также способствует повышению разборчивости речи и её коммуникативной ценности [6].

Основными нарушениями речевого дыхания у дошкольников с ДЦП являются:

- укороченный или «рваный» выдох;
- несвоевременные доборы воздуха;
- слабая дыхательная поддержка голоса;
- парадоксальные дыхательные движения (подъём плеч, втягивание груди на выдохе);
- недостаточная сила и модуляция голоса;
- ограничение фразовой длины до 2 - 3 слов [2; 3].

Причинами выступают:

- недостаточная активность дыхательной мускулатуры;
- нарушение межсистемных координаций;
- гипер - или гипотонус мышц туловища;
- дефицит постурального контроля [1].

Все это отрицательно влияет на формирование просодики и снижает коммуникативную активность ребёнка.

Принципы и задачи коррекционной работы отражают цели и реализуемые задачи. Поэтому основными принципами работы являются: системность, комплексность, постепенность, индивидуализация, опора на сохранные функции, игровая мотивация.

В качестве основных задач в работе с детьми с ДЦП можно обозначить:

1. Формирование физиологически правильного дыхательного цикла.
2. Удлинение выдоха и развитие его целенаправленности.
3. Координация дыхания с голосообразованием и артикуляцией.
4. Развитие навыков фразового дыхания.
5. Обогащение просодической стороны речи.
6. Автоматизация дыхательных навыков в реальном общении [2; 1].

В процессе решения постановленных задач педагог - дефектолог может использовать следующие методы и приёмы коррекции.

1. Дыхательные упражнения без речевого материала:

- выдувание воздуха через трубочку в воду («пузыри»);
- надувание шариков, резиновых игрушек;
- перемещение лёгких предметов (ватка, перышко, кусочек бумаги) на выдохе;
- упражнения со свечой, вертушкой, свистком;
- продувание узкой и широкой трубочки (с контролем силы выдоха);
- чередование коротких и длинных выдохов под счёт.

Эти упражнения формируют плавный, целенаправленный и экономный выдох.

2. Дыхательные упражнения с речевым сопровождением:

- протяжное произнесение гласных звуков («ааа», «ооо», «ууу»);

- сочетание дыхательных выдохов с артикуляционными движениями («поезд едет - ууу»);
- произнесение слогов на одном дыхании («па-па-па», «ма-ма-ма», «та-та-та»);
- чтение коротких рифмовок и увеличивающихся по длине стихотворных строк;
- пропевание цепочек звуков и слогов на одном дыхании;
- речевые игры с постепенным усложнением - от слова до небольшой фразы.

3. Игровые формы закрепления:

- сюжетно - ролевые игры («раздуем парус», «подуем на одуванчик», «задуем свечи на торте»);
- использование музыкально - ритмических элементов: пение коротких песенок на одном дыхании, пропевание звуковых цепочек;
- интеграция дыхательных заданий в повседневные игровые ситуации: дыхание как часть игры с куклой, машинкой, животными;
- театрализованные игры с распределением ролей, требующих громкого или тихого голоса;
- использование карточек и игровых заданий для контроля силы и длительности выдоха;
- совместные игры со сверстниками, где дыхательное упражнение выступает как игровой элемент (например, дуем на мячик, чтобы «перегнать» его).

Игровые формы позволяют закреплять дыхательные навыки в естественной коммуникативной среде, создавая мотивацию и эмоционально положительный фон [3].

Коррекция речевого дыхания у детей с ДЦП невозможна без участия специалистов разных профилей.

- Логопед отвечает за формирование навыков речевого дыхания и их интеграцию в речевую деятельность.
- Физиотерапевт и инструктор ЛФК работают над укреплением дыхательной мускулатуры, развитием общей и мелкой моторики.
- Невролог контролирует медикаментозное сопровождение, снижающее спастичность и регулирующее общее состояние нервной системы.
- Психолог помогает формировать мотивацию, преодолевать эмоциональные трудности и закреплять положительный опыт.
- Музыкальный руководитель использует пение и ритмику для развития дыхания и голоса.
- Воспитатель ДОУ внедряет дыхательные игры в повседневную деятельность группы.
- Родители продолжают закрепление дыхательных упражнений в домашних условиях, что обеспечивает системность и регулярность занятий.

Таким образом, междисциплинарный подход обеспечивает комплексное воздействие, где усилия разных специалистов объединяются в единую систему помощи [1; 2].

В результате использования всех выше обозначенных пунктов можно оценить эффективность коррекционной работы по следующим параметрам:

1. Увеличение продолжительности выдоха и фонации (для дошкольника - не менее 7 - 10 секунд).
2. Формирование навыка фразового дыхания (возможность произнесения 5–7 слов на одном дыхании).
3. Стабильность дыхания при произнесении фразы без доборов воздуха в середине.
4. Уменьшение проявлений парадоксального дыхания.
5. Устойчивость и сила голоса, возможность регулировать громкость и темп речи.

6. Появление выразительной интонации, ритма и мелодики речи.
7. Снижение утомляемости в процессе речевого общения.
8. Рост коммуникативной активности ребёнка в группе сверстников.
9. Перенос дыхательных навыков из коррекционных занятий в свободное речевое общение.
10. Повышение разборчивости речи и улучшение её просодической стороны.
11. Снижение числа компенсаторных движений (подъём плеч, напряжение туловища).
12. Формирование положительного эмоционального отношения к речевому взаимодействию.

Заключение. Коррекция нарушений речевого дыхания у дошкольников с ДЦП является необходимым условием успешного речевого и общего развития ребёнка. Нарушения дыхательного компонента речи при ДЦП носят системный характер, затрагивая все стороны речевой деятельности: фонетику, просодику, коммуникативные навыки. Поэтому логопедическая помощь должна носить комплексный характер и строиться на основе междисциплинарного взаимодействия.

Практика показывает, что наибольший эффект достигается при сочетании дыхательной гимнастики, игровых упражнений, музыкально - ритмических приёмов и психолого-педагогической поддержки. Постепенное усложнение заданий, их интеграция в различные формы деятельности ребёнка и обязательное закрепление в реальной речи позволяют формировать устойчивые навыки правильного дыхания.

Значимым является также взаимодействие специалистов с родителями, которые продолжают дыхательные упражнения дома и обеспечивают регулярность практики. Участие семьи повышает результативность коррекционной работы, создаёт у ребёнка положительную эмоциональную мотивацию и способствует переносу навыков в бытовое общение.

Коррекционная работа по развитию речевого дыхания у дошкольников с ДЦП должна рассматриваться как важная составляющая комплексной реабилитации, направленной на повышение качества жизни ребёнка. Успешное формирование правильного речевого дыхания обеспечивает улучшение фонации, просодики и общей коммуникативной компетентности, способствует повышению учебной готовности и социальной адаптации.

Таким образом, работа над речевым дыханием в дошкольном возрасте имеет долгосрочную перспективу, так как позволяет создать условия для более успешного овладения школьной программой, облегчает интеграцию в коллектив сверстников и формирует базу для последующего личностного развития.

Список литературы.

1. Волкова Г. А. Логопедическая работа при дизартрии у детей. – СПб.: Речь, 2010. - 272 с.
2. Архипова Е. Ф. Логопедия: нарушения речи при детском церебральном параличе. – М.: Академия, 2019. - 82 с.
3. Лопатина Л. В. Логопедия: теория и практика. – М.: Владос, 2015. - 688 с.
4. Нищева Н. В. Дизартрия у детей: коррекционная работа логопеда. – СПб.: Питер, 2018. - 528 с.
5. Шкловский В. М. Дизартрия и её коррекция у дошкольников. – М.: Сфера, 2017. - 96 с.
6. Киселёва В. А. Комплексная помощь детям с нарушениями речи. – М.: Владос, 2016. - 48 с.
7. Ефименкова Л. Н. Логопедическая ритмика в коррекции нарушений речи. – М.: Владос, 2014. - 144 с.

МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Оганян К.М., Шапошникова И.А., Шестакова Д.И.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Афазия является одним из наиболее распространенных неврологических расстройств, затрагивающих способность человека к речевому общению. Моторная афазия, в частности, представляет собой сложное состояние, возникающее в результате повреждения определенных участков головного мозга, ответственных за речевые функции, она требует комплексного подхода к реабилитации. Одним из основных направлений лечения является логопедическая работа, направленная на восстановление речевых функций пациента.

Логопедическая работа в комплексной реабилитации пациентов с моторной афазией играет важную роль в восстановлении речевых функций. Основные методы, применяемые логопедами, направлены на восстановление моторики речи и улучшение произношения звуков и слов. Артикуляционная гимнастика является одним из ключевых методов, помогающих развить артикуляционную моторику и улучшить произношение [4].

Логоритмика также играет важную роль в реабилитации. Этот метод помогает восстановить ритм и интонацию речи, а также улучшить дыхательную функцию. Упражнения по развитию речевого дыхания и ритма речи способствуют улучшению пациентов с моторной афазией.

Лексико-семантическая терапия направлена на восстановление словарного запаса и понимания слов. Пациентам предлагаются упражнения на запоминание и использование новых слов, а также на развитие понимания смысла слов и фраз. Грамматическая терапия помогает улучшить грамматические навыки и построение предложений.

Коммуникативная терапия важна для развития коммуникативных навыков и умений. Упражнения на общение, восстановление диалогических навыков и развитие умения выражать мысли и чувства помогают пациентам с моторной афазией. Индивидуальный подход к каждому пациенту необходим для адаптации методик и упражнений в соответствии с уровнем речевых нарушений и возможностями пациента.

Использование разнообразных логопедических методов в комплексной реабилитации пациентов с моторной афазией позволяет достичь значительных результатов в восстановлении речевых функций и улучшении качества жизни [2].

Общие положения, которые выделяет Иванова Е.В.:

Комплексный подход: Подчеркивание важности комплексной реабилитации, включающей не только логопедическую работу, но и медицинскую (фармакотерапия, физиотерапия), психологическую помощь, эрготерапию и поддержку родственников. После хирургического лечения опухоли головного мозга это особенно важно, так как пациенты могут иметь сопутствующие неврологические и когнитивные нарушения.

Индивидуализация: Необходимость разработки индивидуальной программы реабилитации с учетом типа и степени выраженности афазии, индивидуальных особенностей пациента, его мотивации, целей и задач. Важно учитывать возраст, уровень образования, профессиональную деятельность и личные интересы.

Раннее начало реабилитации: Чем раньше начата реабилитация, тем выше шансы на успех. Логопедическая работа должна начинаться как можно раньше после стабилизации состояния пациента после операции.

Систематичность и интенсивность: Занятия должны проводиться систематически и достаточно интенсивно (несколько раз в неделю).

Активное участие пациента: Важно стимулировать активное участие пациента в процессе реабилитации, поддерживать его мотивацию и уверенность в своих силах [1].

Ковалев А. И. утверждает, что анализ клинических данных и характеристик пациентов с моторной афазией после хирургического лечения опухоли головного мозга показывает, что успешность реабилитации зависит от множества факторов, включая индивидуальные особенности, сопутствующие заболевания и уровень эмоциональной поддержки. Эти данные подчеркивают необходимость разработки персонализированных реабилитационных программ, которые будут учитывать все аспекты состояния пациента, что, в конечном итоге, может привести к более эффективному восстановлению речевых функций и улучшению качества жизни [2].

Петрова А.А. подчеркивает важность нейропсихологического подхода, состоящего:

- в необходимости предварительной нейропсихологической диагностики для выявления сохранных и нарушенных когнитивных функций у пациента,
- в учете когнитивного профиля пациента при разработке индивидуальной программы логопедической реабилитации,
- в использовании нейропсихологических методов коррекции (например, тренировка внимания, памяти, исполнительных функций) в сочетании с логопедическими техниками.

Необходимо отметить специфику логопедической работы при моторной афазии после операций на головном мозге, что определяется рядом условий:

- учет возможных изменений в мозговой организации после хирургического вмешательства,
- необходимость адаптации логопедических методов к индивидуальным особенностям пациента и динамике восстановления,
- особое внимание к восстановлению произвольной регуляции движений артикуляционного аппарата,
- использование методов сенсорной стимуляции (тактильной, проприоцептивной) для улучшения кинестетического контроля над речью.

В рамках коммуникативного подхода акцент делается на восстановлении коммуникативной функции речи, а не только на коррекции отдельных речевых дефектов; на использовании коммуникативных упражнений и техник для стимуляции спонтанной речи и улучшения взаимодействия с окружающими; на обучении пациента и его родственников компенсаторным стратегиям для эффективного общения.

Что касается интеграции с другими специалистами, то она обусловлена важностью междисциплинарного взаимодействия между логопедом, неврологом, нейрохирургом, психологом и другими специалистами, участвующими в реабилитации пациента; реализуется в разработке совместного плана реабилитации, учитывающего все аспекты состояния пациента.

В течение всего периода работы необходимо учитывать эмоциональное состояние пациента: осуществлять поддержку в процессе восстановления, применять методы арт-терапии, музыкотерапии и других методов, направленных на улучшение эмоционального состояния и снижение тревожности [3].

Ряд авторов (Сидорова Е. А., Тихомиров А. Д.) среди наиболее значимых видов работы в комплексной реабилитации пациентов с моторной афазией после хирургического лечения опухолей головного мозга выделяют следующие:

-артикуляционную гимнастику (упражнения для развития силы, точности и координации мышц артикуляционного аппарата),

-фонетическую стимуляцию (прослушивание и повторение звуков, слогов, слов),

-растормаживание речи (использование сохранных видов речи, например, автоматизированной речи и пения для стимуляции спонтанной речи),

-семантическую терапию (работа над пониманием значений слов и связей между ними),

-синтаксическую терапию (упражнения на построение предложений),

-коммуникативную терапию (обучение стратегиям эффективного общения в реальных жизненных ситуациях),

-использование визуальных опор (картинки, пиктограммы, схемы),

-компьютерные программы (для тренировки речевых и когнитивных навыков).

Таким образом, восстановление речи у пациентов с моторной афазией после хирургического лечения опухолей головного мозга представляет собой сложную и многогранную задачу. Комплексная реабилитация, включающая индивидуализированные программы логопедической работы, нейропсихологическую коррекцию и психосоциальную поддержку, является необходимым условием достижения оптимальных результатов. Дальнейшие исследования, направленные на изучение эффективности различных логопедических методов и разработку новых подходов к реабилитации, с учетом нейропластических процессов и индивидуальных когнитивных особенностей пациентов, представляются перспективным направлением в данной области. Особое внимание следует уделять разработке протоколов, учитывающих специфику речевого восстановления после операций на головном мозге.

Список литературы.

1. Иванова, Е. В. Особенности восстановления речи у больных с моторной афазией. Вестник Московского университета. Психология. - 2010. - № 2. - С. 54-62.

2. Ковалев, А. И., Федорова, Л. Н. Моторная афазия: клинические особенности и подходы к реабилитации. Российский журнал нейрореабилитации. – 2021. – С. 78-85.

3. Петрова, А. А. Логопедическая работа при моторной афазии у больных с опухолями головного мозга. Актуальные вопросы нейрореабилитации : материалы. - Москва, 2015. - С. 112-115.

4. Сидорова, Е. А., Тихомиров, А. Д. Комплексная реабилитация пациентов с моторной афазией после операции на головном мозге. Неврология и психиатрия. – 2020. – С. 112-118.

5. Шевченко, О. П., Громова, Н. Ю. Роль логопеда в реабилитации пациентов с моторной афазией. Логопедия и дефектология. – 2019. – С. 34-40.

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

Репко К.А., Шестакова Д.И. Оганян К.М., Козловская Г.Ю.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Минздрав России

Одним из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором нарушаются все виды речевой деятельности, является афазия. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения, величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности. В клинической практике особое внимание уделяется моторной афазии, при которой в первую очередь нарушаются произносительные навыки. Поскольку речь является важнейшим средством коммуникации, дефекты произношения оказывают прямое влияние на социальную адаптацию и качество жизни больных. Изучение особенностей

произносительных расстройств при моторной афазии необходимо для разработки эффективных методов диагностики и коррекционной логопедической работы.

Теоретические и практические аспекты проблемы афазии у взрослых глубоко исследованы в работах многих авторов (Т.В. Ахутиной, Э.С. Бейн Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, В.В, Оппель, В.К. Орфинской, Л .Г. Столяровой, И.М. Тонконогого, Л.С. Цветковой, М.К. Шохор-Троцкой и др.).

Характеризуя структуру дефекта при моторной афазии важно отметить, что она возникает при поражении зон Брока и прилежащих структур в левом полушарии головного мозга (у правшей). Нарушение преимущественно связано с трудностями программирования и реализации артикуляционных движений, что приводит к дефектам устной речи. В отличие от сенсорной афазии, при которой нарушается понимание речи, у больных с моторной афазией относительно сохранна способность осознавать смысл услышанного. Это вызывает выраженный контраст между сохранностью понимания и неспособностью полноценно выразить мысль в устной форме.

Особенности произносительных навыков при моторной афазии характеризуются наличием артикуляционных трудностей.

У пациентов наблюдаются нарушения кинестетической и кинетической организации артикуляционных движений. Они с трудом переключаются с одного звука на другой, что выражается в застревании на отдельных артикуляционных позициях. Часто встречаются парафазии — замены звуков и слогов, перестановки звуков внутри слова [2].

У больных отмечается замедленный темп речи, она носит напряжённый и прерывистый характер. Из-за постоянных пауз и поиска артикуляционного положения высказывание становится растянутым и трудным для восприятия.Произношение слов сопровождается упрощением структуры высказывания. Сохраняются в основном знаменательные слова, в то время как служебные элементы часто опускаются. Это создает впечатление «телеграфной» речи, которая затрудняет передачу сложных мыслей.

В устной речи наблюдаются многочисленные фонетические ошибки: искажения звуков, смешение акустически или артикуляционно близких фонем, упрощения слоговой структуры. Особенно сложными оказываются слова со стечением согласных, многосложные конструкции.

Интонационная выразительность речи резко снижена. Наблюдается монотонность, скандированность, утрата плавности и ритмичности. Пациенты затрудняются в передаче эмоциональной окраски речи, что дополнительно сужает коммуникативные возможности.

Несмотря на выраженные нарушения произношения, автоматизированные речевые стереотипы (счёт, названия дней недели, знакомые песни) воспроизводятся относительно лучше. Это объясняется устойчивыми динамическими связями в коре головного мозга, обеспечивающими привычные речевые акты.

Произносительные расстройства существенно ограничивают коммуникацию больных. Трудности артикуляции и фонетические ошибки приводят к снижению разборчивости речи. В результате пациенты вынуждены прибегать к невербальным средствам — жестам, мимике, указаниям. Понимая собственные речевые дефекты, больные испытывают эмоциональное напряжение, что может усиливать фрустрацию и снижать мотивацию к речевой активности [2].

Особенности формирования произносительных навыков после инсульта заключаются в активации нейропластичности мозга, что требует регулярных логопедических упражнений для укрепления новых нейронных связей. Процесс восстановления напоминает обучение с нуля и может быть длительным (от месяцев до года и более). Ключевую роль играют комплексная реабилитация, включающая медикаментозную терапию, физиотерапию, массаж, а также поддержка со стороны близких, терпение и моральная подготовка пациента [3].

Е.С. Бердникович отмечает, что логопедическая помощь при моторной афазии направлена на восстановление произносительных навыков и повышение коммуникативной компетентности больных. В коррекционной практике применяются следующие приёмы:

- артикуляционная гимнастика для развития подвижности речевого аппарата;
- упражнения на воспроизведение изолированных звуков и их последовательное включение в слоги и слова;
- тренировка просодики — работа над темпом, ритмом, интонацией;
- использование автоматизированных речевых рядов для запуска речевой активности;
- опора на зрительные и тактильные подкрепления (зеркало, тактильный контроль движений) [1].

Комплексная реабилитация предполагает не только восстановление артикуляционных функций, но и формирование мотивации к речевому общению, преодоление эмоционально-волевых трудностей.

Таким образом, моторная афазия характеризуется выраженными нарушениями произносительных навыков, связанными с трудностями программирования и выполнения артикуляционных движений. Наиболее типичными проявлениями являются замедленный темп речи, искажения звукового состава слов, нарушения просодики и редукция грамматической структуры высказываний. Несмотря на серьёзность расстройств, целенаправленная логопедическая работа, основанная на принципах постепенного восстановления артикуляционных умений, позволяет добиться значительных положительных результатов. Изучение особенностей произносительных навыков при моторной афазии имеет важное значение для совершенствования диагностических и коррекционных подходов, направленных на повышение качества жизни пациентов.

Список литературы.

1. Бердникович Е.С. Принципы и условия эффективности речевой реабилитации лиц с афатическими нарушениями // Гуманитарные науки. –2022. – № 3 (59). – С. 82-88.

2. Исаева Е. В., Попкова Е. А. Афазия: учеб. пособие. - Магнитогорск: Изд-во Магнитогорск. гос. техн. ун-та им. Г. И. Носова, 2015. - 65 с.

3. Романова О. Е. Особенности работы логопеда с пациентами с диагнозом моторная афазия в остром восстановительном периоде // Мир специальной педагогики и психологии: Научно-практический альманах / Главный редактор Вятлева Ю.Е.. Том Выпуск 4. – Москва: ООО "ЛОГОМАГ", 2016. – С. 304-322.

ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК КАК ИНСТРУМЕНТ ВРАЧА: ИНТЕГРАЦИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Сафронова Е.Е.
ФГБОУ ВО "Кубанский государственный медицинский университет" Минздрава России

В условиях глобализации здравоохранения владение профессиональным иностранным языком стало неотъемлемой компетенцией современного врача. Современная медицина не знает границ: международные конференции, совместные исследования, доступ к крупнейшим научным базам данных и работа в мультикультурных коллективах стали повседневной реальностью. Более 80% мировой научной информации в

области медицины публикуется на английском языке. В этой связи традиционный подход к преподаванию иностранного языка как общей дисциплины устаревает. Целью данной статьи является анализ новых вызовов и предложение моделей эффективной интеграции языковой подготовки в программу медицинского образования.

Ключевая задача медицинского вуза – сформировать у студентов иноязычную коммуникативную компетенцию в профессиональной сфере. Это подразумевает решение конкретных практических задач:

1) Чтение и анализ: быстрый поиск, понимание и критическая оценка научных статей в международных базах данных (PubMed, Scopus).

2) Письмо: оформление собственных исследований в виде тезисов, статей и аннотаций для зарубежных журналов и конференций.

3) Устная речь: презентация научных работ, участие в дискуссиях с иностранными коллегами.

4) Аудирование: понимание лекций зарубежных специалистов и медицинских подкастов на иностранном языке.

5) Прямая коммуникация: сбор анамнеза и общение с пациентами-иностранцами.

Достижению этих целей препятствует ряд серьёзных вызовов. Основной из них – колоссальная нагрузка студентов в рамках изучения базовых медицинских дисциплин, что оставляет мало времени на углублённое изучение языка. Добавляет проблему неоднородный уровень подготовки абитуриентов на уровне школьной программы, сложность медицинской терминологии и нехватка аудиторных часов [1].

Преодолеть эти трудности позволяют современные образовательные подходы, в том числе метод CLIL (Content and Language Integrated Learning) – интегрированное обучение языку и предмету. Идеальная модель в рамках данного метода – проведение модулей или отдельных занятий по профильным предметам (например, гистологии или фармакологии) на иностранном языке [3].

Case-based learning – это разбор реальных клинических случаев на иностранном языке, что развивает не только языковые, но и клинические навыки.

Ролевые игры и симуляции предполагают отработку ситуаций «приём пациента-иностранца» или «консилиум с зарубежным экспертом» в безопасной учебной среде.

Кроме того, неизменную эффективность имеет использование цифровых ресурсов, в том числе работа с симуляторами, базами данных, подкастами (The Lancet, BMJ) и MOOCs на платформах Coursera и EdX, что делает обучение более живым и актуальным.

Успех применения перечисленных методов зависит от междисциплинарного взаимодействия. Преподавателям иностранного языка и клиническим кафедрам необходимо работать в тандеме [2]. Изучение терминологии должно строиться не на механическом заучивании, а на понимании этимологии (например, латинских и греческих корней). Крайне важна внеаудиторная работа: научные кружки, клубы разговорного языка с приглашёнными носителями-медиками.

В настоящее время иностранный язык перестал быть формальным требованием учебного плана. Он превратился в важнейший профессиональный инструмент врача, такой же, как стетоскоп или скальпель. Его изучение должно быть глубоко интегрировано в весь образовательный процесс медицинского вуза, быть практико-ориентированным и нацеленным на реальные профессиональные задачи [4]. Дальнейшее развитие международного сотрудничества и внедрение инновационных педагогических технологий являются залогом подготовки конкурентоспособных и востребованных специалистов мирового уровня.

Список литературы.

1. Богданова А.И., Развитие профессиональной иноязычной коммуникативной компетенции студентов нелингвистических направлений подготовки / А.И. Богданова, А.В. Веретенникова, У.В. Солдатова // Профессиональное образование в России и за

рубежом. – 2019. – №1 (33). – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-professionalnoy-inoyazychnoy-kommunikativnoy-kompetentsii-studentov-nelingvisticheskih-napravleniy-podgotovki (дата обращения: 09.09.2025).

2. Кузнецова Е.Б. Планирование предметно-языкового интегрированного обучения иностранному языку студентов-медиков / Е.Б. Кузнецова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2022. – №8-1. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/planirovanie-predmetno-yazykovogo-integrirovannogo-obucheniya-inostrannomu-yazyku-studentov-medikov (дата обращения: 09.09.2025).

3. Coyle D., Hood P., Marsh D. CLIL: Content and Language Integrated Learning. – Cambridge: Cambridge University Press, 2010. – 184 pp.

4. Dudley-Evans T., St John M.J. Developments in English for Specific Purposes: A Multi-Disciplinary Approach. – Cambridge: Cambridge University Press, 1998. – 301 pp.

ФОРМИРОВАНИЕ ИНТОНАЦИОННОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ С ПОМОЩЬЮ МУЗЫКАЛЬНО-ВОКАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Тлиф А.Ю., Шульга Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Речь - это важнейшее средство общения и развития человека, возникшее в процессе эволюции для обмена информацией и координации действий. Она служит основным инструментом познания мира, передачи знаний и опыта. Речь состоит из многих компонентов, одним из основных выступает просодика. Просодическая сторона речи обеспечивает выразительность, мелодичность, плавность и эмоциональность речевого высказывания [5].

В настоящее время у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией наблюдаются серьёзные нарушения интонационной выразительности речи, которые существенно затрудняют их общение с окружающими и мешают полноценной социализации в детском коллективе. В то же время применение музыкально-вокальных упражнений открывает широкие возможности для развития основных компонентов интонационной выразительности: мелодической структуры, темпа речи, правильного использования пауз, силы голоса, тембра и ударения, что делает данный подход особенно ценным в логопедической работе со старшими дошкольниками, имеющими дизартрию.

Исходя из этого, нами была выдвинута цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность психолого-педагогических условий по формированию интонационной выразительности речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с помощью музыкально-вокальных упражнений.

Музыкально-вокальные упражнения - это комплекс специальных заданий для развития голосового аппарата, певческих навыков и музыкального слуха. Они включают попевки, вокальные фразы, фрагменты музыкальных произведений, распевки на основе скороговорок и упражнения на разные интонации [3].

Музыкально-вокальные упражнения направлены на развитие голосового аппарата, формирование правильного дыхания и звукообразования, а также на улучшение координации между слухом и голосом. В их структуру входят упражнения с поступенным движением звуков, работа над интервалами, гласными на одной высоте и артикуляционные задания.

Регулярные занятия способствуют развитию музыкального слуха, улучшению качества голоса, расширению его диапазона и укреплению дыхательного аппарата. Особое значение такие упражнения имеют при работе с детьми с дизартрией, так как помогают формировать правильные певческие навыки и повышать выразительность речи [2].

Практическая часть исследования проводилась на выборке из двенадцати старших дошкольников 5–6 лет: шесть детей имели нормальное речевое развитие, шесть - дизартрию. Были использованы элементы методик “Диагностика интонационной стороны речи” О.И. Лазаренко, “Исследование просодической стороны речи у детей со стертой дизартрией” Е.Ф. Архипова.

Формирующий эксперимент проходил с сентября по октябрь 2025 года. Базой эксперимента являлась ГБУЗ СК “Краевая детская клиническая больница”.

Формирующий эксперимент состоял из трёх этапов: организационного (2 занятия), основного (7 занятий) и заключительного (3 занятия).

На организационном этапе решались задачи создания благоприятных условий для взаимодействия. Применялись игровые методы с играми на знакомство («Я ваш друг», «Назови своё имя»), проводился словесный метод через беседу «Знакомство с интонацией». Организовывалось чтение рассказов для формирования представлений об интонационной выразительности. Проводилась просветительская работа с родителями о дизартрии и особенностях просодической стороны речи, а также консультации для педагогов по современным методикам работы.

Основной этап был направлен на формирование компонентов просодической стороны речи. Использовалась голосовая гимнастика для развития силы, высоты и тембра голоса. Применялись специальные упражнения: «Скажи шёпотом», «Колыбельная», «Голосовая горка». Проводилась работа над мягкой атакой звука, чёткостью артикуляции. Включались интонационные упражнения и работа над рассказом стихотворений. Активно использовались логоритмические упражнения, развивающие темп, ритм, артикуляционную моторику и координацию движений с речью.

Заключительный этап был нацелен на закрепление полученных навыков. Применялись логоритмические упражнения и рассказывание стихотворений, что позволяло обобщить и закрепить умения использования просодических компонентов в речевой деятельности. Все упражнения были направлены на согласование речи с движением, что помогало нормализовать мышечный тонус и развивать координацию процессов дыхания, голосоведения и артикуляции.

Анализ результатов исследования показал значительные изменения в развитии просодической стороны речи у старших дошкольников с дизартрией. В компоненте интонационных структур в импрессивной речи до эксперимента отмечалось слабое восприятие ритмических структур и затруднения при распознавании вопросительной интонации. После проведения эксперимента наблюдалось существенное улучшение: дети успешно выполняли задания с изолированными и серийными ударами, повысился уровень распознавания вопросительной интонации, улучшилось восприятие параметров голоса по силе и высоте.

В компоненте интонационной выразительности в экспрессивной речи изначально отмечалась ограниченная модуляция голоса и трудности при изменении силы голоса, воспроизведение вопросительной интонации было неполноценным. После эксперимента зафиксирована положительная динамика: улучшилась модуляция голоса по высоте, уменьшились затруднения при изменении силы голоса, воспроизведение вопросительной интонации стало более успешным.

Что касается компонента логического ударения, до эксперимента дети испытывали существенные трудности в выделении голосом значимых слов во фразе и допускали частые ошибки при воспроизведении предложений. После эксперимента отмечено улучшение навыков выделения важных по смыслу слов, количество ошибок при ответе на

вопросы и воспроизведении предложений с логическим ударением значительно уменьшилось.

Таким образом, проведенная логопедическая работа способствовала улучшению всех исследуемых компонентов просодической стороны речи, что подтверждает эффективность применения музыкально-вокальных упражнений для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Список литературы.

1. Барышникова С.М., Козлова Е.В.Логопедическая ритмика в рамках коррекционно-развивающей работы ДОУ// Логопед. 2016 - №4 – 21 С.
2. Лыхенко Ю.В. Особенности и этапы формирования просодической стороны речи в онтогенезе / Ю.В. Лыхенко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 11. – С. 3361 – 3365.
3. Поварова И.А. Онтогенетические аспекты становления интонационной стороны речи / И.А. Поварова, Е.А. Щепилова // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. – М.: Изд-во «Прометей», 2015. – 500 с.
4. Филичева Т.Б., Туманова Т.В., Чиркина Г.В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: программно-методические рекомендации /Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова, Г.В. Чиркина. - М.: Дрофа, 2010. – 200 с.
5. Хватцев М. Е. Логопедия. Учебное пособие для ВУЗов. В 2-х книгах. Кн.2. – М.: Гуманитар. Изд. Центр ВЛАДОС, 2016. –292 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СОХРАННОСТИ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ НА РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Шестакова Д.И., Репко К.А., Гукасова Е.В., Оганян К.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность данного исследования определяется необходимостью понимания особенностей речевых нарушений у пациентов с моторной афазией на ранних стадиях реабилитации, в связи с большим ростом числа людей, страдающих от инсультов и неврологических заболеваний.

Целью данной работы является экспериментальное выявление степени сохранности экспрессивной речи у пациентов с моторной афазией на раннем реабилитационном этапе.

Моторная афазия - это расстройство речи, возникающее в результате повреждения речевых центров в мозге. Она может значительно влиять на качество жизни пациентов, затрудняя их общение и социальную адаптацию [2].

Причины возникновения моторной афазии: инсульт (ишемический или геморрагический), чаще всего в области левого полушария мозга; травмы головы, которые могут повредить речевые центры; неврологические заболевания, такие как опухоли или дегенеративные болезни; инфекции мозга, например, энцефалит [1].

Нарушения экспрессивной речи при моторной афазии проявляются в различных формах, и их можно классифицировать следующим образом:

1. Аграмматизм. Это нарушение, при котором пациенты испытывают трудности с формированием грамматически правильных предложений.

2. Аномии. Проблемы с называнием предметов и понятий. Пациенты могут забывать названия вещей, заменяя их общими терминами или описаниями.

3. Недостаточная беглость речи. Речь может быть медленной и прерывистой, с длинными паузами между словами или фразами. Пациенты могут испытывать затруднения в быстром произнесении предложений.

4. Ошибки на фонематическом уровне. Пациенты могут допускать ошибки в произношении слов или выбирать неправильные слова, что затрудняет понимание их речи.

5. Выраженные эмоциональные и поведенческие реакции. Коммуникационные трудности могут вызывать у пациентов фрустрацию, что может проявляться в агрессии или депрессии.

6. Проблемы с написанием. У пациентов также могут возникать трудности в письме, что сопровождается теми же нарушениями, что и в устной речи [4].

Эти нарушения могут значительно усложнять повседневное общение и снижать качество жизни пациентов, что подчеркивает важность ранней диагностики и индивидуализированной реабилитации [2].

Важным этапом в реабилитации является диагностика уровня сохранности речи на ранних сроках после инсульта или травмы. В данной статье рассматривается применение диагностического комплекса М. Г. Храковской для оценки речевых функций у пациентов с моторной афазией.

Методика, разработанная М. Г. Храковской, включает в себя стандартизованный протокол нейропсихологического обследования, который позволяет провести комплексную оценку речевых функций пациента. Протокол включает в себя качественные и количественные показатели, что дает возможность не только зафиксировать уровень выраженности расстройств, но и отслеживать динамику их изменений [6].

В рамках эксперимента пациенты с моторной афазией проходят ряд тестов, направленных на оценку их способности к произнесению слов, построению предложений и пониманию речи. Показатели, полученные в ходе обследования, позволяют составить профиль речевых нарушений, что, в свою очередь, способствует разработке индивидуализированных реабилитационных программ [5].

Проводимое экспериментальное исследование включало в себя 2 этапа. На первом этапе проводилась диагностика степени сохранности экспрессивной речи у пациентов с моторной афазией на раннем этапе реабилитации в экспериментальной и контрольной группах.

На втором этапе был проведен анализ полученных результатов. Исследование проводилось в 2025 году на базе Нейрохирургического отделения №1 «Ставропольская краевая клиническая больница».

Обследование проводилось на ранних этапах реабилитации, в среднем через 1-2 недели после возникновения афазии. В исследовании принимали участие 20 человек, 10 пациентов, имеющих заключение моторной афазии (экспериментальная группа), 10 человек с нормальным речевым развитием. Каждый пациент проходил стандартизированное обследование, после чего результаты анализировались с использованием статистических методов.

После обработки полученных данных в соответствии с предложенными критериями были получены результаты.

В экспериментальной группе анализ полученных данных показал, что 3 пациентов (30% от общего числа пациентов) имеют II степень (среднюю) сохранности экспрессивной речи, а 7 пациентов (70% от общего числа пациентов) имеют III степень (тяжелую) сохранности экспрессивной речи.

В контрольной группе анализ полученных данных показал, что все 10 человек (100% от общего числа исследуемых) имеют 0 степень сохранности экспрессивной речи, то есть не имеют нарушений.

Проводя качественный анализ полученных результатов было выявлено, что основные трудности у всех пациентов с III степенью сохранности экспрессивной речи вызывало трудности нахождение артикуляционной позы, повторение отдельных слогов, слов и фраз, а у пациентов со II степенью сохранности экспрессивной речи отмечались трудности в повторение предложений, описание картинок и свободного рассказа.

Полученные данные подтверждают, что на ранних этапах реабилитации уровень сохранности речи у пациентов с моторной афазией варьируется. Использование диагностического комплекса М. Г. Храковской позволяет не только оценить текущие функции, но и планировать дальнейшую терапию, исходя из индивидуальных потребностей каждого пациента [3].

Таким образом, полученные результаты подчеркивают необходимость ранней диагностики и индивидуализированного подхода к лечению, что позволяет не только четко определить степень нарушения, но и создать условия для эффективной коррекции речевых проблем, что существенно влияет на качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Альтман Ю.М. Речевые нарушения и их коррекция у больных с локальными поражениями мозга. – М.: Медицина, 1981. – 456 с.

2. Бейн, Э.С. Афазия и пути ее преодоления / Издательство «Медицина»- Л.: Медицина, 2008. – 237 с.

3. Бурлакова, М.К. Коррекцинно-педагогическая работа при афазии/ Книга для логопедов. - М.: Просвещение, 1991. – 190 с.

4. Бурлакова, М.К. Речь и афазия / Книга для логопедов. – М.: Просвещение,1997. - 268 с.

5. Визель, Т.Г. Альбом нейропсихологического обследования. Обследование речевой функции. – М.: Сфера 2018. - 38 с.

6. Гурова Ю.В. Моторная афазия: диагностика и реабилитация. – М.: Москва, 2022. – 569 с.

РАЗДЕЛ 2.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ И ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Акрамова С.С.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Подростковый возраст характеризуется активным психоэмоциональным развитием, формированием идентичности и высокой зависимостью от социальной среды. В этот период нередко формируются когнитивные искажения — систематические ошибки мышления, приводящие к искажённым установкам и снижению комплаентности. Это проявляется в отказе от лечения, нарушении режима приёма препаратов и игнорировании медицинских рекомендаций. Социальная работа в данном контексте выступает важным инструментом формирования приверженности терапии и ответственного отношения к здоровью.

Материалы и методы исследования.

Проведено наблюдение за 16 подростками, находившимися на амбулаторном и стационарном лечении. У 9 из них выявлялось недоверие к медикаментозной терапии, у 4 — игнорирование рекомендаций врача под влиянием мнения сверстников, у 3 — катастрофизирующее мышление. Анализировались формы взаимодействия подростков с семьёй, школьной средой, информационным окружением и социально-экономическими условиями.

Результаты и обсуждение.

Когнитивные искажения представляют собой нарушения восприятия и интерпретации информации, формирующие ошибочные суждения и снижающие уровень комплаентности у подростков. Наиболее часто встречаются катастрофизирующее мышление, эффект подтверждения, эвристика доступности и оптимистическое искажение.

Социальные факторы играют ключевую роль в их развитии:

- Семья формирует первичное отношение к медицине; недоверие родителей снижает комплаентность подростка.
- Школьная среда усиливает риск стигматизации и давление со стороны сверстников, что способствует отказу от лечения.
- Медиа и социальные сети являются источником дезинформации, формирующей неверные установки.
- Социально-экономические условия определяют доступность медицинской помощи и уровень доверия к ней.

Социальная работа направлена на минимизацию влияния этих факторов. Ключевыми направлениями являются: психопросвещение родителей, сотрудничество школ и медицинских учреждений, развитие критического мышления у подростков, организация групповых программ поддержки.

Выводы.

Социальная работа является важным инструментом коррекции когнитивных искажений и повышения комплаентности у подростков. Она способствует формированию рационального отношения к лечению, укреплению доверия к медицинским специалистам и профилактике нарушения приверженности терапии. Включение социальных аспектов в систему медицинской помощи подросткам позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз здоровья в долгосрочной перспективе.

В практическом плане рекомендуется:

- активно вовлекать родителей в процесс лечения и проводить их психопросвещение;
- развивать сотрудничество между школой, медицинскими учреждениями и социальными службами;

– внедрять программы по формированию критического мышления у подростков;
– использовать групповые формы работы (тренинги, группы поддержки), снижающие тревожность и чувство изоляции.

Список литературы.

1. Лебедева Е. И., Виленская Г. А. Социально-когнитивные предикторы социальной компетентности подростков // Вопросы психологии. – 2021. – № 3. – С. 85–96.

2. Виленская Г. А. Когнитивное развитие и социальная компетентность подростков // Психология и педагогика. – 2020. – № 2. – С. 112–119.

3. Weimer A. A., Parault Dowds S. J., Fabricius W. V., Schwanenflugel P. J. Executive function and social competence in early adolescence // Child Development. – 2021. – Vol. 92 (3). – P. 1112–1128.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Багандова С.Б., Дуракова А.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В современных условиях наша страна сталкивается с различного рода трудностями и ограничениями, которые вызваны санкциями со стороны западных стран, экономическими запретами, а также ухудшением торговых отношений с рядом стран. В таких условиях вопросы социально-экономического развития государства становятся наиболее актуальными и требуют особого внимания со стороны органов власти.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. Одним из основополагающих и важнейших направлений государственной политики любого государства является социальная политика. В Российской Федерации вопросам социального и пенсионного страхования традиционно уделяется особое внимание, поскольку обеспечение достойного уровня и качества жизни граждан является одной из приоритетных задач нашего государства.

В последние годы в Российской Федерации происходили изменения в системе социального и пенсионного страхования: произошло объединение двух фондов в один – Социальный фонд России. В соответствии с этим на первый план выдвинулись вопросы повышения эффективности работы структурных подразделений Фонда, а также вопросы обеспечения высокого качества предоставляемых государственных услуг.

В настоящее время Социальный фонд России стремится совершенствовать всю систему оказания государственных услуг гражданам, это происходит через планомерный перевод услуг в электронный формат, через расширение полномочий территориальных отделений Фонда, через взаимодействие с другими органами власти и т. д. Несмотря на большие усилия в указанном направлении, в деятельности Социального фонда России и его территориальных отделениях остается целый ряд проблем, связанных с доступностью и качеством государственных услуг.

Деятельность Социального фонда Российской Федерации регулируется Федеральным законом от 14 июля 2022 г. № 236-ФЗ «О Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации» [1]. В новом законе о Фонде были впервые закреплены принципы деятельности организации:

1) соблюдение государственных гарантий по обеспечению прав граждан в области пенсионного обеспечения, обязательного пенсионного страхования, обязательного социального страхования, социального обеспечения;

2) автономность систем обязательного пенсионного страхования и обязательного социального страхования;

3) обеспечение финансовой устойчивости (стабильности) и сбалансированности бюджета Фонда;

4) участие социальных партнеров в деятельности органов управления Фонда, учет интересов работников, работодателей и государства по основным направлениям деятельности Фонда;

5) обеспечение доступности предоставляемых услуг и повышение их качества.

Нормативно-правовое закрепление принципов регулирования отношений в рамках страхования играет важную роль в развитии всей системы пенсионного и социального страхования в России.

Заключение. На протяжении всего периода своего существования система социальной защиты и страхования в РФ постепенно менялась, функции по работе с гражданами пенсионного возраста неоднократно передавалась от одной организации к другой. Кроме того, перечень таких функций в сфере пенсионного и социального страхования постоянно расширяется, даже на современном этапе. Например, в июле 2024 года депутаты Государственной Думы РФ обсуждали перспективы расширения полномочий Фонда [2]. К таким перспективам относится передача полномочий по новым социальным выплатам, формирование системы «единого окна» для получения всех социальных выплат.

Все рассмотренные изменения, безусловно, преследовали и преследуют одну главную цель – обеспечить рост качества и уровня жизни граждан, в частности тех, кто нуждается в этом. Объединение Пенсионного фонда и фонда социального страхования позволило решить множество задач по оптимизации работы органов. Например, повысить оперативность передачи информации, поскольку теперь всей деятельностью занимается один орган. Объединенная база данных позволять более оперативно назначать различные меры поддержки, в целом упростился порядок получения выплат и пособий.

Формирование Социального фонда России позволило в целом упросить весь порядок получения мер социальной поддержки. Таким образом, на современном этапе Социальный фонд России реализует весь спектр полномочий в сфере пенсионного и социального страхования граждан.

Список литературы

1.Федеральный закон от 14.07.2022 № 236-ФЗ «О Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации».

2.Официальный сайт «Единая Россия» [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://cdn.er.ru/activity/news/o-perspektive-socialnogo-fonda-stat-operatorom-po-predostavleniyu-vseh-mer-socpodderzhki-statya-andreya-isaeva

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ

Бижукова К. А., Горбунова В.В., Джанибекова А. С., Филимонова Е. В., Гриценко Е. В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Приоритетным направлением государственной социальной политики современного российского общества является повышение уровня и качества жизни семей с детьми, оказание комплексной социальной помощи с целью предупреждения социального неблагополучия [6].

В настоящее время одной из эффективных форм помощи семьям, воспитывающих детей с инвалидностью является технология социального сопровождения. В основе социального сопровождения лежит функция содействия в получении необходимой помощи, посредством привлечения различных организаций на основании соглашений о межведомственном взаимодействии.

В соответствии со ст. 28 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ, социальное сопровождение осуществляется на основе регламента межведомственного взаимодействия, определяющего содержание и порядок действий органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации, установленных настоящим Федеральным законом [3].

Цель исследования: изучение особенностей социального сопровождения, как перспективной технологии социальной работы с семьей.

Материалы и методы. Основными методами исследования выступили теоретический анализ литературы по проблеме исследования, математический анализ. При подготовке работы авторы использовали источники национальной библиографической базы данных научного цитирования – Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Результаты и обсуждение. При работе с лицами с инвалидностью, деятельность специалиста по социальной работе предполагает взаимодействие с другими сотрудниками, работающими в учреждениях социальной сферы. В первую очередь данное взаимодействие реализуется в рамках социального сопровождения.

Для успешного развития учреждений социального обслуживания необходимо продолжать работу над стандартизацией и регионализацией, повышением требований к документации и усилением межведомственного взаимодействия. Все эти меры помогут улучшить качество предоставляемых социальных услуг, удовлетворить потребности населения и создать более эффективную систему социального обслуживания [5].

Миронова М. В. подчеркивает, что «Сопровождение в социальной работе предполагает оказание специфической помощи гражданам, которую организации социального обслуживания предоставить не могут в силу отсутствия ресурсов и/или полномочий. В сопровождении принимают участие специалисты различных ведомственных структур: здравоохранения, образования, социальной защиты, системы органов внутренних дел и др.» [2].

Логунова О. В. рассматривая социальное сопровождение, как особый вид деятельности социальных служб и особый тип деятельных взаимоотношений со специалистами социальной сферы, обращает внимание, что оно должно включать в себя элементы обучения и развития способностей семьи к дальнейшему повышению своего социального статуса, умению самостоятельно владеть подходами, социальными технологиями и практиками, предлагаемыми специалистами социальной сферы [1].

Филиппова Л. А. под главной целью социального сопровождения, независимо от того, в рамках какой возрастной и иной социальной группы оно производится, понимает

«преодоление сложных жизненных трудностей, а также стремление к уменьшению негативных последствий или полное решение проблем отдельного гражданина или широкой социальной группы» [8].

Топчий Л. В. выделяет следующие формы социального сопровождения:

- Традиционные: осуществление социальной помощи, оказание социальных услуг и социальной реабилитации; психологическая, социальная и юридическая поддержка; социальное воспитание; консультирование

- Нетрадиционные: предназначены для ознакомления родителей с особенностями возрастного и психологического развития детей, рациональными методами и приёмами воспитания для формирования у родителей практических навыков (Клубы, «КВН», «Педагогическая гостиная», «Круглый стол», Квест, «Ток шоу») [7].

Социальное сопровождение является формой социальной поддержки и предусматривает предоставление конкретному лицу или семье необходимой помощи: повышение качества жизни семьи, преодоление ее неблагополучия, предотвращение лишения родительских прав, профилактику социального сиротства, отказов от ребенка, преодоление трудностей воспитания детей в семье, повышение психолого-педагогической компетентности родителей, социальное и психологическое оздоровление семьи, сохранение нравственного и физического здоровья детей, обеспечение необходимых психолого-педагогических и социально-педагогических условий жизнедеятельности ребенка.

В настоящее время эффективные практики организации социального сопровождения семей представлены во многих субъектах Российской Федерации.

В Ставропольском крае, на базе ГБУСО «Ставропольский центр социальной помощи семье и детям» функционирует Служба социального сопровождения.

Целью деятельности Службы сопровождения является оказание содействия в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам, посредством организации межведомственного взаимодействия.

Социальное сопровождение семей, является одной из самых востребованных технологий в деятельности центра. Численность семей пользующихся данным видом поддержки увеличивается с каждым годом, так в 2020 году семей, состоящих на социальном сопровождении в центре было 149, в 2022 г. – 521, в 2023 г. – 548 [4].

Деятельность службы направлена на преодоление жизненных трудностей, минимизацию негативных последствий, а в некоторых случаях удается полностью решить проблемы семьи или отдельных лиц.

В настоящее время работа службы осуществляется по достаточно широкому спектру направлений: информационно-диагностическое, психолого-педагогическое, социально-медицинское, социально-правовое направление, социально-бытовое направление.

Заключение. Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы

1. В современной теории и практике социальной работы социальное сопровождение рассматривается, с одной стороны как один из наиболее передовых методов социальной работы и как особый вид деятельности социальных служб, а с другой стороны является той технологией, посредством, которой семьям может оказываться многосторонняя социальная поддержка;

2. Социальное сопровождение является одной из важнейших государственных мер поддержки семей, что подтверждается высокой востребованностью данного направления социальной работы среди семей, получающих услуги в центрах социального обслуживания;

3. Благодаря социальному сопровождению в семье, воспитывающей ребенка с инвалидностью, становится возможным преодоление кризисных ситуаций, а также

оказывается помощь в создании условий для успешной адаптации и социализации детей, что в свою очередь содействует укреплению семьи.

Список литературы

1. Логунова, О. В. Социальная работа с семьей в Красноярском крае : учеб. пособие / О. В. Логунова ; СибГУ им. М. Ф. Решетнева. – Красноярск, 2019. – 94 с. – [Электронный ресурс]. – URL: https://reader.lanbook.com/book/147593

2. Миронова, М. В. Современные технологии сопровождения в социальной работе : учебное пособие / М. В. Миронова, Н. С. Смолина, А. Е. Кириллова ; под общ. ред. Н. С. Смолиной ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2023. – 140 с. – Библиогр.: в конце глав. – 30 экз. – ISBN 978-5- 7996-3661-6. – Текст : непосредственный.

3. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ. – [Электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

4. Официальный сайт центра Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Ставропольский центр социальной помощи семье и детям» – [Электронный ресурс]. – URL: https://centerhelp26.ru/

5. Попов, А. С. Основные тенденции развития организаций социального обслуживания / А. С. Попов, И. А. Колесникова // Наука. Технологии. Общество. Экономика : Сборник научных трудов II Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 21 апреля 2023 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «СЕКВОЙЯ», 2023. – С. 229-232. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54249853

6. Савченко, В. В. Формирование готовности специалистов социальной сферы к социальному сопровождению семей с детьми / В. В. Савченко // Педагогика и психология, наука и образование: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований : Монография / Под редакцией В.А. Куриной, О.А. Подкопаева. – Самара : Общество с ограниченной ответственностью «Поволжская научная корпорация», 2017. – С. 167-176. – [Электронный ресурс]. – URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29175933

7. Топчий Л. В. Организация социального обслуживания населения. М.: Гуманит, 2017. 432 с.

8. Филиппова, Л. А. Информационно-методические материалы «Социальное сопровождение в деятельности учреждений социального обслуживания» / автор-составитель Филиппова Л. А.: ОАУ «Новгородский областной центр развития социального обслуживания населения». - Великий Новгород, 2015 г.

ЛИДЕРСКИЕ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО МАРКЕТИНГА

Буслова Д. И., Дуракова А.С.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Социальный маркетинг с каждым днем становится более востребованным, так как растет потребность решать проблемы, как отдельных групп людей, так и общества в целом. Компании, использующие социально-ориентированный маркетинг, повышают качество жизни людей, устраняют экологические проблемы, решают вопросы социального и гендерного неравенства и другие. Реализуя данную деятельность,

организации становятся социально-ответственными перед стейкхолдерами и обществом в целом. Таким образом, тема лидерских практик социально-ориентированного маркетинга на данный момент является актуальной и востребованной.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Целью данного исследования является анализ корпоративных возможностей и ограничений при использовании практик социального маркетинга.

Результаты и обсуждение. Появление маркетинга в сфере здравоохранения побудило к возникновению социально-ориентированного маркетинга. Впервые термин «социальный маркетинг» упомянул Филипп Котлер. Он считал, что данный вид способствует применению различных принципов маркетинга для решения социальных проблем и в перспективе реализации социальных идей.

Социально-ориентированный маркетинг не нацелен на коммерческий бонус, однако выгода для компании должна быть, и она прослеживается в виде создания положительного имиджа. Говоря о видах социального маркетинга, выделяют стимулирование продаж, фандрайзинг и специальные акции брендов-спонсоров [1].

Реализуя форму «стимулирование продаж», компании проводят различные акции социального характера, в последствие которых процент от полученной выручки перечисляют в благотворительные фонды и некоммерческие организации. Потребители, участвующие в таких акциях, чувствуют себя частью чего-то важного, что поможет в будущем разрешить социальные вопросы. Примером такого вида может служить совместно проведенная акция компании Splat и благотворительной организации Константина Хабенского. Суть акции заключалась в том, что покупателю нужно было опубликовать фото с улыбкой со специальной подписью. От каждой опубликованной фотографии компания Splat отправляла 10 рублей в Благотворительный Фонд К. Хабенского. Таким образом, потребители становились частью благотворительной акции, средства от которой были направлены на лечение детей с заболеваниями мозга.

Следующей формой выделяют фандрайзинг. Слово «fundraising» является заимствованным из английского языка и переводится как «сбор средств». Смысл данной формы социального маркетинга заключается в привлечении сторонних ресурсов для реализации или поддержки разработанного проекта, имеющего социально-экономический характер. В свою очередь, фандрайзинг может быть реализован через сбор средств крупными компаниями или местными сообществами, а также через участие в конкурсах с целью получения гранта и др. [2].

Наиболее популярной формой выступает создание и реализация специальных акций брендов-спонсоров. Компании, которые принимают участие в таких акциях, стремятся обеспечить себе положительный имидж через благородные поступки от лица компании. Они своими действиями ставят себе цель обратить внимание как можно большего количества людей к социальной проблеме. Примером такой формы выступает акция от Альфа-Банка «Добрая подписка». Данная функция была организована с целью спасения тяжелобольных детей в Благотворительном Фонде «Линия жизни». Потребитель, подключивший себе «добрую подписку», соглашается на то, что с каждой его покупки будет списываться один благотворительный рубль. То есть из суммы благотворительных взносов будет обеспечена системная поддержка со стороны потребителей банка и каждый сможет получить помощь без экстренного сбора средств.

Реализуя лидерские практики социально-ориентированного маркетинга, компании сталкиваются как с возможностями, так и с ограничениями. Из вышесказанного можно отметить, что рост положительного мнения или имиджа компании является прекрасной возможностью для дальнейшего ее развития. Тем самым данная возможность обеспечивает более лояльное отношение к бренду со стороны потребителей. Как и другой

вид маркетинга, социальный маркетинг также может выступать инструментом для увеличения продаж. Например, для участия в благотворительной акции необходимо купить товар. Так, социально-ответственные граждане будут приобретать товар с целью благотворительности. Кроме этого, социальный маркетинг позволяет улучшить жизнь общества, а также разрешить некоторые бизнес-задачи [3].

Но при практиках социально-ориентированного маркетинга могут возникнуть некоторые препятствия. Обычно мероприятия социального характера требуют большого количества ресурсов. И эти затраты не всегда смогут окупиться по итогу. Другим ограничением является то, что потребитель не всегда разделяет мнение социально-ориентированной компании по решению социальных проблем.

Таким образом, социально-ориентированный маркетинг является востребованным инструментом для решения многих социальных проблем общества. Применяя его в деятельности, компании становятся некими помощниками в реализации социально-значимых мероприятий и акций, мотивируя тем самым людей к осуществлению благородных поступков. Важно развивать лидерские практики социально-ориентированного маркетинга с перспективой решать, как можно больше социальных проблем и вопросов в мире.

Список литературы.

1.Беляев, В. И. Маркетинг: основы теории и практики / В. И. Беляев. – М.: КноРус, 2021. – 680 с.

2.Гончаров, А. И. Особенности развития корпоративной социальной ответственности в России / А. И. Гончаров // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2020. – №11 (2). – С. 166-169.

3.Смирнова, Т. В. Социальный маркетинг: факторы и особенности восприятия социально ориентированных тем / Т. В. Смирнова // Экономика. Социология. Право. – 2022. – №1 (25). – С. 50-54.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ МАНИПУЛЯТИВНОМУ ВЛИЯНИЮ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Волосков С.В., Филимонова Е.В., Колесникова И.А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

На сегодняшний день как в России, так и во всем мире существует огромное количество способов совершения преступлений посредством обмана или злоупотребления доверием, всегда найдутся люди, желающие поживиться за чужой счет. Несмотря на постоянное совершенствование специализированных средств выявления и раскрытия преступлений, преступный элемент также не стоит на месте и изобретает все более новые и изощренные способы преступного завладения чужим имуществом. Общий рост мошеннических посягательств сопровождается их качественными изменениями. Мошенничество, как никакой другой вид преступлений, из года в год пополняется все новыми, более сложными и изощренными способами. Психологическое манипулирование людьми является одним из многих шагов в более сложной схеме мошенничества. Для реализации преступных намерений мошенники используют технологии манипулирования и социальной инженерии, основанные на базовых проявлениях психологии пользователя.

Традиционно проблема мошенничества рассматривается с профессиональных позиций в трудах по уголовному праву, криминологии и криминалистики. Социально-психологические аспекты мошенничества оказались менее изученными. Между тем, в теории уголовного права, в процессе доказывания и оценки основных доказательств, каковыми являются показания участвующих в деле лиц, для установления истины, социально-психологический анализ механизмов, методов и приемов манипулирования сознанием и поведением потерпевших является теоретически и практически значимым.

Манипуляция в широком толковании как вид психологического воздействия, направленного на неявное побуждение другого лица к совершению определенных действий, пронизывает практически все сферы взаимодействия людей, оставаясь в некоторых случаях социально приемлемой и даже одобряемой. Исследованию данного феномена посвящены работы в области философии, психологии, педагогики, политологии, социологии, истории.

В комплексе возникающих проблем немаловажное значение приобретает исследование факторов, способствующих успешности реализации мошеннического замысла. Речь идет, с одной стороны, об изучении личности мошенника, степени владения им способами и приемами криминального манипулирования, с другой — о познании психологических особенностей жертв мошеннических посягательств.

Подавляющее большинство анализируемых преступлений совершается с применением методов «социальной инженерии», то есть доступа к информации с помощью телекоммуникационных сетей для общения с потерпевшими (сотовой связи, ресурсов сети Интернет). Технология основана на использовании социально-психологических слабостей человека и является достаточно эффективной.

Например, преступник может позвонить человеку, являющемуся пользователем банковской карты (под видом сотрудника службы поддержки или службы безопасности банка), и выведать пароль, сославшись на необходимость решения небольшой проблемы в компьютерной системе или с банковским счетом, зачастую дезинформируя о его блокировке

Методы социальной инженерии:

- Фишинг - злоумышленник отправляет поддельное письмо, которое выглядит как официальное сообщение от банка, почтового сервиса или другой организации, с просьбой перейти по ссылке и ввести данные на фальшивом сайте.
- Вишинг (голосовой фишинг) - злоумышленники звонят жертве, представляясь сотрудниками банка или технической поддержки, и пытаются выманить личную информацию или финансовые данные.
- Смишинг (фишинг через SMS) - злоумышленники используют SMS-сообщения для отправки фальшивых уведомлений с просьбой перейти по ссылке, чтобы «подтвердить» личные данные или выполнить срочную операцию.
- Подставные звонки - злоумышленники выдают себя за кого-то другого - например, за коллегу, администратора системы или консультанта, чтобы запросить у жертвы доступ к конфиденциальной информации или разрешение на выполнение каких-либо действий.

Цель социальной инженерии - заставить человека совершить нужное действие: сообщить пароль или код из SMS, установить вредоносное ПО, предоставить физический доступ, перевести деньги.

Меры защиты:

Чтобы эффективно защититься от атак социальной инженерии, необходимо внедрить комплексную стратегию безопасности, которая включает как технические, так и организационные меры. Некоторые рекомендации:

- Обучение сотрудников - они должны понимать, что социальная инженерия - это реальная угроза, и уметь распознавать её признаки.
- Процедуры проверки запросов - например, если кто-то просит предоставить конфиденциальную информацию по телефону или электронной почте, всегда стоит проверять этот запрос через официальные каналы связи.
- Повышение осведомлённости о текущих угрозах - злоумышленники часто используют актуальные события или новостные темы для создания доверительных отношений с жертвой, например, фальшивые сообщения об обновлениях безопасности или изменениях в работе компании.

Главным направлением противодействия манипулированию является виктимологическая профилактика. Ее следует проводить путем массового информирования граждан о деятельности мошенников, криминальном арсенале их методов и приемов. Такая профилактика должна проводиться с учетом социальной и психологической характеристики потерпевших.

Таким образом, актуальность проведенного исследования обусловлена ростом мошеннических посягательств с использованием разнообразных способов, новейших технологий манипулятивного воздействия на психику людей, малой разработанностью проблемы, необходимостью ее теоретического осмысления и внедрения в практику психологических научно-обоснованных рекомендаций по противостоянию этому виду преступной деятельности.

Список литературы.

1. Дуракова, А.С. Насилие над детьми в киберпространстве / А.С. Дуракова, В.В. Горбунова // Наука. Технологии. Общество. Экономика: Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 28 апреля 2022 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «СЕКВОЙЯ», 2022. – С. 121-125. – EDN JRTMPM.

2. Саенко В.Н. Развитие социологических представлений о признаках манипуляции сознанием. Социология и право. 2020;(4): с. 55-64.

3. Фатахова, Д.Р. Мошенничество в сети Интернет / Д. Р. Фатахова. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2020. - № 49 (339). - С. 341-344. - URL: https://moluch.ru/archive/339/76054/.

4. Цифровая экономика: актуальные направления правового регулирования: Научно-практическое пособие / М.О. Дьяконова, А.А. Ефремов, О.А. Зайцев [и др.]; Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ. – Москва: Юридическое издательство «Норма», 2022. – 376 с. – ISBN 978-5-00156-210-8. – DOI 10.12737/1839690. – EDN AGWXNX.

5. Яценко, Т.Е. Психологическая диагностика виктимности как социально-психологического свойства личности / Т.Е. Яценко // Актуальные проблемы современной науки, техники и образования. – 2019. – Т. 10. – № 2. – С. 128-133. – EDN RJESSB.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПРАВОНАРУШИТЕЛЯМИ

Волосков С.В., Филимонова Е.В., Колесникова И.А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Преступность несовершеннолетних является глобальной проблемой современного общества, требующая к себе самого пристального внимания всего мирового сообщества. Это объясняется важностью роли, которое играет молодое поколение в обеспечении

жизнеспособности общества, его дальнейшего развития. Даже в самых экономически развитых, демократических государствах происходит рост преступности несовершеннолетних.

Такое сложное социальное явление как преступность среди несовершеннолетних всегда вызывает повышенное внимание ученых, государственных и общественных институтов. Это объясняется тем, что преступность несовершеннолетних более чутко реагирует на социальные, социально-демографические, экономические, идеологические, и другие процессы, происходящие в обществе, чем преступность других возрастных групп. Это объясняется и особенностями подростковой преступности, постоянным изменением социальных условий и законодательства, а также гуманными соображениями, необходимостью оградить подрастающее поколение от вовлечения в противоправную деятельность. И поэтому рост преступности молодого поколения обычно является признаком неблагоприятных социальных процессов, происходящих в обществе.

Итак, нам следует обратиться к вопросу, чем же опасна несовершеннолетняя преступность? Несовершеннолетние являются криминогенно активной частью населения, поскольку склонны к девиантному поведению.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что на протяжении последних 8 лет 49-50% несовершеннолетних, совершивших преступления, были осуждены за кражу. Это позволяет утверждать о преимущественно корыстном умысле при совершении несовершеннолетними преступлений. Формально они могут выражаться в зависти, фактах поиска дополнительных материальных средств, неудовлетворительном материальном состоянии семьи.

Более 3% несовершеннолетних в 2024 году в России были осуждены за совершение насильственных преступлений, что подтверждает наличие эмоциональной готовности подростков к реальному проявлению враждебности и причинению физического вреда.

Удельный вес подростковой преступности в общей статистике всех совершаемых преступлений в целом сравнительно невелик, однако именно она является мощным источником самодетерминации преступности как таковой, она вызывает целый ряд деструктивных социальных последствий, которые носят явный криминогенный характер. Несовершеннолетние преступники значительно труднее поддаются исправлению, их криминальная зараженность создает основной резерв взрослой, рецидивной преступности, они транслируют негативный опыт в будущее, который как бы «возвращается» грядущему поколению в качестве «социального наследия» предшествующих поколений.

Говоря о состоянии преступности несовершеннолетних, следует отметить существенное сокращение его абсолютных и относительных количественных показателей. В первую очередь, обращает на себя внимание резкое снижение количества зарегистрированных преступлений, совершенных несовершеннолетними и при их соучастии (в 2018 г. - 48589, в 2019 г. - 42504, в 2020 г. - 40860, в 2021 г. - 37953, в 2022 г. - 33575, в 2023 г. - 32126, в 2024 г. - 31865). Так, с 2018 г. по 2024 г. абсолютное число этих преступлений сократилось более чем на 55%. Столь резкое снижение абсолютных показателей регистрации преступлений, совершаемых несовершеннолетними, во многом объясняется сокращением общей численности подростков уголовно наказуемого возраста, проживающих в России. Исходя из этого, можно сказать, что динамику преступности несовершеннолетних следует рассматривать в соотношении с общим числом населения этой возрастной группы.

Согласно статистическим данным Генеральной прокуратуры РФ за последние 10 лет наметилась положительная тенденция сокращения преступлений, совершаемых несовершеннолетними. В 2024 г. данный показатель достиг абсолютного минимума - 31865 преступлений, более чем на 40% меньше, чем в 2018 г. Только за минувшие 5 лет удалось снизить преступность подростков почти на 30%. Таким образом, наглядно

прослеживается тенденция ежегодного сокращения данной группы, но тем не менее показатели остаются достаточно высокими.

Сейчас в России насчитывается 13 воспитательных колоний для несовершеннолетних. В них отбывает наказание около 880 детей. Примечательно то, что по данным статистики в 2024 году в России функционировало 24 воспитательные колонии для несовершеннолетних. По данным 2024 года в колониях для несовершеннолетних содержалось около 1700 человек.

Социальная работа в любых учебно-воспитательных учреждениях, а тем более в воспитательных колониях является тяжелейшей задачей для специалистов по социальной работе.

Одной из самых важных и значимых проблем социальной работы с несовершеннолетними осужденными является проблема социальной адаптации несовершеннолетних осужденных к условиям воспитательной колонии. Эта проблема требует тщательного изучения социальной среды, поскольку от успешности социальной адаптации несовершеннолетних осужденных к условиям воспитательной колонии зависит как процесс ресоциализации несовершеннолетних осужденных в стенах воспитательной колонии, так и процесс социальной адаптации к условиям жизни на свободе.

Презюмируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что проблема социальной адаптации несовершеннолетних осужденных в воспитательной колонии - задача не самая простая. Она имеет немаловажное значение в концепции развития уголовно-исполнительной системы, которая в качестве одной из целей предполагает развитие социальной работы с осужденными для обеспечения их успешной адаптации и ресоциализации в обществе.

Характеризуя социальную работу с несовершеннолетними осужденными, следует учитывать и еще одну важную проблему, непосредственно вытекающую из предыдущей - проблему социальной адаптации несовершеннолетних после освобождения. Социальная адаптация несовершеннолетних, отбывших наказание в виде лишения свободы, представляет собой приспособление личности к социальной среде, усвоение ею правил, норм, социальных позиций, установок, характерных для среды, приобретение навыков, позволяющих нормально жить в обществе свободных людей. На практике в настоящее время в РФ система социальной реабилитации несовершеннолетних имеет много недостатков, что показывает процент рецидива преступлений, являющийся одним из самых высоких в мире. К причинам рецидива относятся: отсутствие жилья, денежных средств (большое количество осужденных освобождается, не имея на лицевых счетах денежных средств), невозможность трудоустройства, равнодушие общества.

Таким образом, задача социальной адаптации несовершеннолетних после освобождения из воспитательных колоний является приоритетной в процессе всего социального сопровождения и требует комплексного подхода.

Список литературы.

1. Г.В. Щербаков. Социальная работа с несовершеннолетними осужденными в России: опыт, проблемы, перспективы/ Кандидат псих. наук/ [Электронный ресурс]. URL - http://www.nii.fsin.su/upload/territory/Nii/nits-2/kruglyy-stol-2013/Щербаков%20Г.В.pdf.

2. Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Сайт ФСИН. URL - www.fsin.su/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20harka%20UIS/

3. Н.С. Грудинин, Д.В. Грязнова. Преступность молодёжи в современной России: причины, тенденции, пути противодействия [Электронный ресурс]// Naukarastudent.ru.: электр. научн. журн. URL: http://nauka-rastudent.ru/16/2522/

4. Социальная работа с осужденными// Сайт ФСИН. URL - http://www.fsin.su/structure/social/socialnaya%20rabota/

ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Воронкова А.А., Колесникова И.А., Филимонова Е.В., Лилиенталь И.Е.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Исследование проблемы суицидального поведения, является междисциплинарной по своей сути, так как самоубийство является результатом воздействия множества социокультурных и психологических факторов, характеризующих пространство «общество – микросоциум – личность». Несмотря на «индивидуальность» суицидального акта нельзя не принимать во внимание влияние на суицидальное поведение социальных факторов. В связи с этим комплексный подход к изучении суицидального поведения должен включать в себя изучение как социологических, так и социально-психологических и индивидуально-психологических аспектов.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. В настоящее время широко известно, что на формирование и проявления суицидального поведения оказывают влияние различные биопсихосоциальные детерминанты (Амбрумова А.Г., Бюлер Ш., Волкова А.М., Вроно Е.М., Гилинский Я.И., Дюркгейм Э., Жезлова Л.Я., К. Меннингер, Фарбероу Н., Шнейдман Э. и др.). Среди проблем суицидального поведения в науке выделяют следующие: понимание природы, факторов и причин, способствующих суицидальному поведению; поиск путей профилактики суицидального поведения.

Широкий спектр исследований посвящен изучению генетической детерминации суицида [3]. Roy A. обращает внимание на тот факт, что суициды, как и многие другие явления в психиатрии, имеют тенденцию к семейному накоплению, т.е. имеются семьи с повышенным риском суицидов, в связи с чем рассматривает три возможных механизма данного явления: 1) генетическая передача различных психических расстройств; 2) генетический фактор суицида может существовать независимо от депрессивных расстройств, психозов и других психических нарушений, осложняемых самоубийствами, а может и сопутствовать им; 3) психологический механизм – влияние суицида одного из членов семьи на других ее членов.

Э. Дюркгейм выделил три типа суицидального поведения личности: 1) «анемическое» - данный тип суицидального поведения имеет место в том случае, когда индивид пережил глобальное негативное событие, например увольнение с работы или смерть близкого человека; 2) «альтруистическое» - целью совершаемого суицида является благо других людей; 3) «эгоистическое» - демонстрируется в связи с конфликтом с внутриличностными морально-нравственными нормами и нормами общества [1].

Амбрумова А.Г. считает, что главную роль в возникновении суицидов играет фактор социальной дезадаптации, к которому приводят инвалидизация, утрата престижа (полового, профессионального и др.), разрыв семейно-микросоциальных связей, одиночество, соматические недуги, клеймо душевнобольного. Автором была предпринята попытка классификации основных суицидальных мотивов, в числе которых выделялись следующие: 1) лично-семейные (семейные конфликты, неудачная любовь и др.); 2) состояние здоровья (психические заболевания, соматические заболевания); 3) конфликты, связанные с антисоциальным поведением (опасение уголовной ответственности, боязнь иного наказания или позора, конфликты, связанные с работой или учебой) [4].

Другие авторы высказывают мнение о том, что важнейшей детерминантой в возникновении детского суицидального поведения является восприятие смерти, как привлекательного события и считают, что тенденция к суицидальному поведению формируется в детстве [5; 6].

В ряде работ устанавливается зависимость между аутоагрессивным поведением и акцентуациями характера суицидента (Лиев М.Г., Личко А.Е., Нечипоренко В.В., Яворский А.А. и др.).

Часть исследований подчеркивает, что в основе суицидального поведения лежит нестабильность или деградация социальной интеграции. Само самоубийство может быть понято полноценно лишь с точки зрения взаимодействия индивида с окружающей его социальной средой; социальные факторы играют ведущую роль [1; 2].

Основными психосоциальными факторами риска суицидального поведения являются неблагоприятные семейные отношения, жизненные стрессовые ситуации (микросоциальный конфликт), физическое или сексуальное насилие, травматический стресс, влияние некоторых форм молодежной культуры и средств массовой информации, отсутствие возможности самореализации, социальная незащищенность, трудности, сопряженные с требованиями, которые предъявляет высокоорганизованное индустриальное общество. И напротив, семейное благополучие, наличие адекватных эмоциональных связей между родными и дружба с ровесниками являются одними из сильных протективных факторов суицидального поведения подростков и молодых людей [5].

Представители социологического подхода в исследовании самоубийств фокусируют внимание на социальной компоненте данного явления, они декларируют связь между суицидальным поведением и социальными условиями. Демографическая, экономическая и классовая структура общества, доминирующие этические, моральные и духовные ценности определяют социальное поведение индивида [4].

Основными факторами суицидального поведения в современном российском обществе, по мнению Орловой Н.А., являются: 1) объективные факторы (социально-демографические характеристики, состояние социально-экономической и социально-политической сферы, уровень социальной интеграции); 2) субъективные факторы [2; 6].

Заключение. Таким образом, литературный обзор позволяет рассмотреть многообразие предиспонирующих факторов риска суицидального поведения. Анализ литературы, касающейся особенностей личности лиц с суицидальными тенденциями показал, что не существует единого психологического профиля суицидента. Для прогнозирования суицидального риска в каждом конкретном случае необходимо комплексное рассмотрение личностных параметров и воздействий окружающей среды. Наиболее существенными в плане дальнейших разработок первичной и вторичной профилактики суицидов являются социально-психологические факторы.

Список литературы.

1. Ворошилин С.И. Генетико-биологические и физиологические факторы в генезе суицидального поведения // Суицидология. 2010. Т. 1. № 1 (1). С. 33-34.

2. Грошева И.А., Грошев И.Л. Социальная среда как фактор суицидального поведения подростков / В сборнике: Молодежь XXI века: образ будущего. Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием. – СПб, 2019. С. 610-611.

3. Колесникова И.А., Лилиенталь И.Е. К вопросу о саморегуляции агрессивного поведения у подростков-наркоманов / Материалы международной научно-практической онлайн-конференции «Личностные и регуляторные ресурсы достижения образовательных и профессиональных целей в эпоху цифровизации». – М., 2020. С. 853-862.

4. Колесникова И.А., Головко А.В. Факторы суицидального поведения в молодежной среде / Наука. Технологии. Общество. Экономика. Сборник научных трудов III Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2024.С. 397-403.

5. Филимонова Е.В., Колесникова И.А., Киселева Ю.В. Роль и проблемы психологического благополучия сотрудников помогающих профессий В сборнике:

Гуманитарное и медико-биологическое образование: проблемы, перспективы, интеграция. – Ставрополь 2021. С. 543-546.

6. Хабибуллина И.Р., Ташева И.Р. Факторы, способствующие активации суицидального поведения в пожилом возрасте / В сборнике: Проблемы психологии личности в современном глобальном мире: теория и практика. материалы всероссийской научно-практической конференции. - Уфа, 2022. С. 112-119.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ К УСЛОВИЯМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗЕ

Воронкова А.А., Устюгова Е.Р., Цагова С.А., Колесникова И.А., Филимонова Е.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность исследования обусловлена комплексом социально-психологических и педагогических проблем, связанных с процессом адаптации студентов к новой образовательной среде. В данном контексте социальная адаптация понимается как многокомпонентный процесс интеграции индивида в новую социальную среду, предполагающий усвоение норм, ценностей, образцов поведения и профессиональных компетенций, а также установление эффективной системы межличностных коммуникаций.

Социальная адаптация – это постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды, в результате которого достигается формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими.

Процесс социальной адаптации является предметом пристального изучения в рамках социологических исследований, и среди классиков социологии особое значение имеют теоретические разработки Эмиля Дюркгейма, Макса Вебера и Толкотта Парсонса.

Дюркгейм рассматривал социальную адаптацию сквозь призму понятия «норма», утверждая, что именно соблюдение установленных обществом правил обеспечивает стабильность и интеграцию членов сообщества. Согласно его теории, общество оказывает поддержку лишь тем индивидам, чьи поступки соответствуют принятым стандартам. Напротив, отклонение от общепринятых норм влечет патологическое состояние и отчуждение. Таким образом, социализация становится необходимым условием успешной адаптации, поскольку позволяет индивидам интегрироваться в систему социального порядка.

В отличие от Дюркгейма, М. Вебер сосредоточился на индивидуальной мотивированности и целенаправленности человеческих поступков. Для него ключевое значение имела рациональность действий, направленная на минимизацию усилий и повышение эффективности достижения поставленных целей. Следовательно, согласно Веберу, успешная адаптация зависит от способности индивида эффективно применять существующие социальные нормы и институты для удовлетворения собственных потребностей.

Толкотт Парсонс предложил теорию, основанную на представлении о постепенном включении индивида в структуру общества через усвоение культурных ценностей и поведенческих моделей. Он выделял три механизма адаптации: когнитивный (усвоение знания), защитный (реакция на внутренние конфликты) и приспособительный (интеграция в социальную среду).

Процесс приспособления индивида к новой среде жизнедеятельности предполагает выделение тех её сторон, свойств и характеристик, к которым необходимо адаптироваться, прежде всего, т.е. объекта социальной адаптации. В зависимости от того, что выступает в таком качестве, можно выделить некоторые виды социальной адаптации.

1. Функциональная, представляющая собой приспособление субъекта к новой социальной среде через освоение и выполнение новых социальных функций.

2.Организационная, связанная с освоением и приспособлением субъекта к новым организационным структурам, к новой системе социальной или внутригрупповой стратификации.

3.Ситуативная, представляющая собой внешнее приспособление субъекта к новым условиям существования и жизнедеятельности.

Адаптация включает в себя несколько стадий. На первом этапе социальной адаптации происходит адаптационный шок, под которым понимается общее расстройство функций социального субъекта или системы, вследствие какого-либо потрясения социогенного характера, вызванного резким нарушением привычного взаимодействия с внешней средой.

Второй этап социальной адаптации связан с мобилизацией адаптационных ресурсов. Это этап глубокого осмысления ситуации и концентрации усилий на сознательном поиске выхода из неё. Эта стадия связана с активным, сознательным поиском, выбором и освоением на поведенческом уровне новых моделей жизнедеятельности. Под адаптационным потенциалом понимается совокупность свойств и ресурсов, которая имеется у человека или группы в скрытом виде и активизируется и актуализируется в процессе социальной адаптации.

Завершающей стадией процесса социальной адаптации является ответ на «вызов среды». Её содержание представляет собой реализацию конкретной модели поведения и деятельности, которые выбираются субъектом с учётом собственных адаптивных ресурсов и возможностей, представлений о происходящем, а также основных характеристик социальной среды, в которой протекает процесс социальной адаптации.

Барьеры, препятствующие успешной социальной адаптации:

- Социально-психологические барьеры: внутренние препятствия, связанные с личными убеждениями, привычками, принципами и укоренившимися стереотипами мышления и поведения человека.
- Социальных барьеры: внешние факторы, возникающие из-за негативных особенностей социальной среды, в которой происходит адаптация.
- Социокультурные барьеры: препятствия, связанные с несовпадением ценностей и норм поведения человека с теми, которые приняты в новой социальной среде.

Для выявления трудностей адаптации, с которыми сталкиваются студенты первого года обучения к условиям образовательного процесса в ВУЗе нами было проведено исследование. Основой которого являются результаты обработки опроса, в котором приняли участие студенты первого года обучения в количестве 167 человек. Опрос проводился на платформе Google Forms.

Данное исследование показало, что многие студенты сталкиваются с определенными трудностями при переходе к новым условиям образовательного процесса.

Проведенный анализ литературных источников и эмпирических данных позволяет выявить типичные (общие) и специфические (индивидуальные) трудности, возникающие у студентов на начальном этапе обучения в ВУЗе.

Основными проблемами, с которыми сталкиваются студенты первого года обучения в СтГМУ являются: сложности с усвоением большого объема материала, низкая социальная активность в сфере вне учебной деятельности ВУЗа, большой объем самостоятельной работы, низкий уровень коммуникативной компетентности.

Решению проблем, осложняющих процесс адаптации студентов первого курса, способствует комплексная поддержка со стороны профессорско-преподавательского состава, сотрудников университета и учащихся старших курсов. В качестве примера успешной реализации данной практики можно привести систему кураторства, действующую в СтГМУ. В рамках данной системы за академическими группами первых двух курсов закрепляются кураторы из числа преподавателей, оказывающие содействие в разрешении учебных, социально-бытовых и личных вопросов. Также существует система наставничества. Она предполагает закрепление за группой студента, в качестве наставника для облегчения адаптационного периода. Дополнительно, значительную роль в обеспечении успешной социально-психологической адаптации играют специализированные структурные подразделения ВУЗа, такие как центр психологической поддержки, центр воспитательной и социальной работы, а также центр культуры и досуга. Деятельность указанных служб представляет собой системный ресурс поддержки, оказывающий существенное положительное влияние на интеграцию студентов в новую образовательную и социальную среду.

Выводы:

1. Успешная социальная адаптация, включающая усвоение новых норм и ценностей, развитие коммуникативных навыков и приобретение профессиональных компетенций, является ключевым фактором для эффективной интеграции студентов в новую образовательную среду.

2. Анализ процесса социальной адаптации выявляет три основные группы барьеров, оказывающих негативное влияние на успешность интеграции индивида в новую социальную среду: социально-психологические, социальные и социокультурные. Совокупное воздействие данных барьеров существенно затрудняет процесс социальной адаптации и требует разработки комплексных стратегий по их преодолению.

3. Наиболее значимыми проблемами являются сложности с усвоением большого объема материала, обусловленные большим объемом самостоятельной работы, а также низкая социальная активность во вне учебной деятельности и недостаточный уровень коммуникативной компетентности. Полученные данные подчеркивают необходимость разработки и внедрения целенаправленных мер поддержки, направленных на облегчение адаптации первокурсников, повышение их академической успеваемости и формирование активной социальной позиции в вузовской среде.

4. Эффективное решение проблем, затрудняющих адаптацию первокурсников, достигается путем комплексной поддержки со стороны различных субъектов образовательного процесса, включая профессорско-преподавательский состав, сотрудников университета и студентов старших курсов. Примером успешной практики является функционирующая в СтГМУ система кураторства и наставничества, направленная на оказание помощи в учебных, социально-бытовых и личных вопросах. Значимую роль в обеспечении социально-психологической адаптации играют специализированные структурные подразделения, такие как центры психологической поддержки, воспитательной и социальной работы, а также культуры и досуга. Их системная деятельность представляет собой важный ресурс поддержки, оказывающий положительное влияние на интеграцию студентов в новую образовательную и социальную среду ВУЗа.

Список литературы.

1. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., составление, послесловие и примечания А. Б. Гофмана.— М.: Канон, 1995. С. 352 URL: https://studfile.net/preview/1774653/

2. Григорьева М.В. Проблемы адаптации первокурсников к образовательной среде ВУЗа // Высшее образование в России. 2012. №10. URL: https://vovr.elpub.ru/jour/article/view/1494

3. Литвинова А.В., Мирошниченко А.А. Социально-психологическая адаптация студентов-первокурсников: проблемы и пути решения // Современные проблемы науки и образования. 2018. №6. URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=28266

4. Корецкая И.А., Рудина Л.М. Социально-психологическая адаптация студентов первокурсников в ВУЗе // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. №5-2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskaya-adaptatsiya-studentov-pervokursnikov-v-vuze

5. Ковригина, И. С. Социально-психологическая адаптация: сущность. виды и стадии формирования // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2009 - №9. - С. 201-207. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskaya-adaptatsiya-suschnost-vidy-i-stadii-formirovaniya

6. Кувандыкова, Р. Х. Адаптационные возможности функциональных систем организма подростков разных этнических групп Ставропольского края: канд.биол.наук: 03.03.01 / Кувандыкова Радмила Хамитовна. - Астрахань, 2017. - С. 14 URL: https://www.dissercat.com/content/adaptatsionnye-vozmozhnosti-funktsionalnykh-sistem-organizma-podrostkov-raznykh-etnicheskikh

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СЛУХА

Джанибекова А. С., Бижуков Э. Х., Горбунова В. В., Калинина А. А., Бижукова К. А.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В настоящее время одним из приоритетных направлений социальной политики России является оказание помощи и поддержки граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Среди категорий инвалидов выделяются лица с нарушениями слуха и речи, у которых затруднены возможности установления коммуникативных связей с окружающим миром.

По статистическим данным, до 3% населения страдает нарушением слуха в такой степени, при которой затруднено социальное общение [6].

Цель работы – рассмотреть особенности медико-социальной реабилитации лиц с нарушением слуха.

Материалы и методы. Анализ литературы по проблеме исследования; изучение нормативно-правовой документации и статистических данных, обобщение опыта, вторичный анализ результатов социологических исследований.

Результаты и обсуждение. По данным Всемирной организации здравоохранения более 5% населения мира, или 430 млн. человек (в том числе 34 млн. детей), нуждаются в реабилитации для решения проблемы инвалидизирующей потери слуха. По оценкам, к 2050 г. их численность может достигнуть свыше 700 млн. человек, то есть до 10% населения [1].

Для восстановления или обретения физических и социальных функций необходимо использование комплекса медицинских и социальных мероприятий, способствующих успешной адаптации и интеграции лиц с нарушением слуха.

К медицинским мероприятиям реабилитации относятся: медикаментозное лечение, реконструктивная хирургия (операция по кохлеарной имплантации), протезирование слуховыми аппаратами.

Социальная реабилитация включает следующие направления: социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная, социально-бытовая, профессиональная реабилитация и профориентационная работа.

Реабилитация помогает людям, страдающим потерей слуха, функционировать на оптимальном уровне, т. е. обрести максимально возможную самостоятельность в повседневной деятельности. В частности, благодаря реабилитации они могут учиться, работать, организовывать свой досуг и выполнять значимые функции, в том числе семейные и общественные, на протяжении всей жизни.

Выделяют следующие методы реабилитации людей с потерей слуха:

- предоставление технических средств коррекции слуха (в частности, слуховых аппаратов, проведение операции по кохлеарной имплантации и имплантатов среднего уха) и обучение их использованию;

- речевая и языковая терапия для улучшения навыков восприятия и развития коммуникативных и языковых способностей;

- обучение использованию языка жестов и других способов сенсорного замещения (таких как чтение по губам, письмо на ладони, общение жестами);

- предоставление ассистивных слуховых технологий и услуг (таких как частотная модуляция и системы с обратной связью, сигнализаторы, телекоммуникационные устройства, субтитры и сурдоперевод);

- консультирование, обучение и сопровождение пациентов для повышения качества их образовательной, трудовой и социальной деятельности.

И. В. Горяйнов исследуя 611 детей с категорией «ребенок-инвалид» с нарушениями слуха, определяет значимость социальной реабилитации (98%), наравне с медицинской реабилитацией (99%) и адаптивной физической культурой (98%) [2].

Реабилитация детей с нарушением слуха предполагает создание оптимальных условий, позволяющих благодаря наличию компенсаторных механизмов развить их реабилитационный потенциал. Он включает совокупность биологических, социальных и психологических факторов, обеспечивает восстановление или компенсацию нарушенных функций [5].

В настоящее время значимость реабилитационных мероприятий для людей с нарушением слуха подчеркивается многими авторами.

Реабилитация для лиц данной категории, вследствие нарушения функции слуха, представляет собой комплекс восстановительных мероприятий с обязательным применением медицинских, психолого-педагогических и социальных мер воздействия.

И. В. Горяйнов отмечает: «Социальная реабилитация, направленна в первую очередь на восстановление способностей ребенка-инвалида к самостоятельной бытовой и общественной деятельности, что даёт ему возможность успешно адаптироваться в среде слышащих» [2].

Л. М. Низова считает, что социальная реабилитация должна быть направлена на улучшение качества жизни детей-инвалидов, создание условий для увеличения их общественных возможностей с целью социальной адаптации, принятия активного участия в социальной и культурной жизни в обществе [4].

Одним из эффективных способов улучшения качества жизни глухих детей является операция по кохлеарной имплантации.

Зарубежные исследователи отмечают, что кохлеарная имплантация является сегодня наиболее эффективным методом реабилитации у детей с двусторонней глухотой

врожденного и приобретенного генеза, обусловленной повреждением слуховых рецепторов улитки [7].

Высокотехнологичная операция включает в себя несколько этапов:

1. Предоперационное диагностическое обследование и отбор пациентов-кандидатов на операцию;

2. Хирургическая операция имплантации;

3. Послеоперационная слухоречевая реабилитация.

По мнению Е. А. Кирченковой стремительные темпы внедрения кохлеарной имплантации обуславливают необходимость разработки современных требований к осуществлению социальной реабилитации детей-инвалидов вследствие нарушения функции слуха [3].

Заключение. Несмотря на то, что глухота не занимает ведущего места в структуре детской инвалидности, данный вопрос весьма актуален в силу своего медико-социального значения. По мнению И. В. Горяйного «Данные заболевания приводят не только к нарушению слуха у детей, а зачастую – к нарушениям психического и речевого здоровья детей, нарушениям их коммуникации и способности к обучению, социализации и адаптации, что требует применения комплексного подхода в реабилитации детей данной категории».

Таким образом, необходимо отметить, что медико-социальная реабилитация глухих детей в первую очередь направлена на:

- формирование возможностей улучшить коммуникативный потенциал;
- формирование навыков самостоятельного социального функционирования индивидов;
- повышение качества жизни лиц с нарушением слуха.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss

2. Горяйнов И. В. Медико-социальная реабилитация детей-инвалидов с нарушением функции слуха с учётом биопсихосоциальной модели инвалидности: Автореф. дис. … канд. мед. наук 14.02.06 / Горяйнов И. В. Москва, 2022 – 189 с.

3. Кирченкова Е. А. Проблемы реабилитации и социальной интеграции детей с нарушенным слухом, перенесших операцию кохлеарной имплантации / Е. А. Кирченкова // Перспективы развития науки и образования : сборник научных трудов по материалам III международной научно-практической конференции (Москва, 31 марта 2016 г.) / под общ. ред. А.В. Туголукова. – Москва : ИП Туголуков А.В., 2016. – С. 31–34.

4. Низова Л. М. Социальная реабилитация и интеграция детейинвалидов в общество / Л.М. Низова, М.И. Данилова // Народонаселение. – 2016. – № 4 (74). – С. 77–84

5. Романова Е. А. Социальная реабилитация лиц с нарушением слуха посредством возможностей применения технических средств // Материалы XIII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: https://scienceforum.ru/2021/article/2018027376

6. Степанова П. В. Социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями по слуху. // Материалы VII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: https://scienceforum.ru/2015/article/2015013246.

7. Peterson N.R. Cochlear Implants and Oral Speech Processing Abilities: A Review and Evaluation of the Literature. / N.R. Peterson, D.B. Pisoni, R.T. Miyamoto // Restorative Neurology. – 2010. – Vol. 28, No. 2. – Pp. 237-250. – DOI: 10.3233/RNN-2010-0535.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Дорофеева В.Ю., Бижукова К.А., Гриценко Е.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Повышение доступности и открытости высшего профессионального образования обеспечивает доступность получения образования для обучающихся с инвалидностью, в том числе и в медицинских вузах. Учитывая изменения в сфере развития образования, а именно внедрение инклюзивного образования в образовательных организациях, возникла необходимость создания новых подходов к созданию условий для лиц с инвалидностью и/или ограниченными возможностями здоровья. Стало понятно, что лицо с ОВЗ не должно приспосабливаться к обучению – сама образовательная организация должна создать условия, чтобы образование стало доступным для всех.

Однако проблемы обоснования организационных и методических основ создания системы социального сопровождения лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья в системе высшего профессионального образования остаются еще наименее изученными. Исходя их вышеизложенного, необходимо обосновать организационные и методические условия системы социального сопровождения лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья в системе высшего профессионального образования.

Материалы и методы: библиографический (изучение литературы по проблеме); биографический (анализ медико-психолого-педагогической документации); интерпретационный (качественный анализ и обсуждение результатов).

Обсуждение. Теоретические и практические основы комплексного сопровождения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ в системе профессионального образования поднимались в исследованиях Т.В. Артемьева, А.А.Бикбулатовой, Т.Г. Богдановой, И.Н. Зарубиной, А.П. Князевой, Т. М. Ковалевой, И.Ю. Левченко, Е.А. Мартыновой, Л.А. Осьмук, Е.А. Петровой, Т.А. Труфаневой и других.

Основными организационными условиями создания системы социального сопровождения являются: создание специализированного структурного подразделения; разработка локальных нормативно-правовых актов образовательной организации; учёт основных образовательных потребностей лиц с инвалидностью и ОВЗ; обеспечение комплексного сопровождения и взаимодействия с общественными организациями инвалидов [3].

К основным методическим условиям создания системы социального сопровождения относятся: обеспечение возможности создания и реализации индивидуальной образовательной траектории; создание специальных условий; использование технических средств обучения; формирование толерантной социокультурной среды; подготовка педагогических кадров [1].

Ведущую роль в обеспечении инклюзивного взаимодействия в системе социального сопровождения вуза играет профессорско-преподавательский состав. От уровня его профессиональной компетентности и готовности к созданию системы социального сопровождения зависит успешность социализации, интеграции и профессионального развития студентов с инвалидностью и ОВЗ.

Программа создания системы социального сопровождения включает в себя следующие направления работы и мероприятия: организационно-нормативное обеспечение деятельности в области создания системы социального сопровождения; кадровое обеспечение; доступная архитектурная и информационная образовательная среда; развитие отраслевого и межведомственного взаимодействия; проведение профориентационной работы с абитуриентами-инвалидами; организация образовательного процесса и комплексного сопровождения обучающихся с инвалидностью; содействие трудоустройству выпускников с инвалидностью; учебно-методическое сопровождение образовательного процесса обучающихся с инвалидностью [2].

Результаты. Обучение студентов с инвалидностью должно осуществляться с учетом психофизических особенностей категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и влияния этих особенностей на процессы восприятия и переработки информации. Кроме того, преподаватель должен знать возможности и ограничения информационных и телекоммуникационных технологий в обеспечении студентов учебной информацией в доступной форме, осуществлять индивидуальный подход в предоставлении учебных материалов и формах контроля результатов обучения при проведении занятий.

Обучение студентов с инвалидностью требует обеспечения комплексной, профессиональной и психологической адаптации по программам подготовки, разработки и реализации дополнительных учебных дисциплин в соответствии с нозологией, разработки методического сопровождения и создания материально-технических условий организации образовательного процесса для студентов с инвалидностью.

Перспективными направлениями в области развития системы социального сопровождения лиц с инвалидностью и ОВЗ являются: обеспечение участия студентов с инвалидностью в конкурсах профессионального мастерства «Абилимпикс»; создание специализированных условий для лиц с «невидимой инвалидностью» (соматические заболевания); совершенствование работы по профориентации абитуриентов с инвалидностью, особенно в период проведения приёмной кампании; совершенствование работы по содействию трудоустройству выпускников с инвалидностью и последипломному сопровождению.

Список литературы.

1.Бикбулатова, А.А. Методические рекомендации по внедрению модели ресурсного учебно-методического центра трудового и профессионального ориентирования лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья и совершенствованию профориентационной работы : учеб.-метод. пособие / А.А. Бикбулатова, Е.А. Петрова, А.В. Карплюк,. – М. : Издательство РГСУ, 2016. – 152 с.

2. Горюнова, Л.В. Модель формирования инклюзивной компетентности педагога в процессе его профессиональной подготовки / Л.В. Горюнова // Гуманитарные науки (г. Ялта). – 2018. – № 2(42). – С. 57–63.

3. Егоров, П.Р. Создание специальных условий обучения студентов с особыми образовательными потребностями / П.Р. Егоров. – Текст: непосредственный // Сибирский педагогический журнал. – 2014. – № 5. – С. 151–154.

4. Инклюзивная практика в высшей школе: учебно-методическое пособие / А.И. Ахметзянова, Т.В. Артемьева, А.Т. Курбанова, И.А. Нигматуллина, А.А. Твардовская, А.Т. Файзрахманова – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 224 с

5. Инклюзивное образование: специальные условия включения обучающихся с ОВЗ в образовательное пространство: Учебное пособие / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова, В.В. Мануйлова. – Москва: Национальный книжный центр, 2018. – 112 с

МЕТОДИКИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В КОНФЛИКТЕ

Дорофеева В.Ю., Гриценко Е.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Социальному работнику для успешного осуществления профессиональной деятельности, особенно в условиях конфликта, необходимо владеть приемами и методами саморегуляции своего психологического и физического состояния.

Саморегуляция (от лат. regulare - приводить в порядок, налаживать) - в общем случае воздействие на систему, которое осуществляется с целью соблюдения требуемых показателей ее работы, но реализуется посредством внутренних изменений, порождаемых самой системой в соответствии с законами ее организации. Причиной саморегуляции в организме человека может быть цель, подкрепленная соответствующими мотивами и стимулами и порождающая направленное поведение человека под контролем сознания.

Исходя их вышеизложенного, необходимо описать основные методики саморегуляции эмоционального состояния социального работника в конфликте.

Материалы и методы: библиографический (изучение литературы по проблеме); биографический (анализ медико-психолого-педагогической документации).

Обсуждение. По мнению исследователей к конфликтам могут приводить профессиональные деформации. Это негативно-деструктивные изменения личности в процессе выполнения профессиональной деятельности, характеризующиеся когнитивным, эмоциональным, физическим истощением, сказывающиеся как на эффективности взаимодействия с окружающими (близкие, коллеги, клиенты), так и эффективности выполняемой работы [3].

Значительные эмоциональные переживания и напряжения, тревога, разочарование, раздражительность, необходимость постоянно сдерживать свои чувства и эмоции, как правило, приводят к сильному мышечному напряжению.

Снятие мышечного напряжения, создание эмоционального равновесия является необходимым условием преодоления негативных последствий действия отрицательных эмоций. Эмоциональное напряжение можно снять простым переключением эмоций, отдыхом, спортивными занятиями, прогулками [1].

С древности врачи пытались использовать приемы самовнушения с лечебной целью. Аутогенная тренировка обладает большим организующим воздействием на эмоционально-волевую сферу. Человек сам активно ведет психотерапевтический процесс, активно контролируя и оценивая результаты его положительного воздействия.

В аутогенной тренировке большое место занимает самоубеждение как один из приемов психологического самовоздействия при полном сохранении инициативы и самоконтроля. Такое самовоздействие делает аутотренинг волевым и интеллектуальным процессом, ведущим к самосовершенствованию, а при необходимости и к рациональной перестройке характера [5].

В настоящее время самовнушение широко используется в современных техниках психической саморегуляции. Например, социальный работник, испытывающий затруднения в коммуникации с клиентом, может развивать у себя необходимые качества

путем самовнушения: «Я общительный человек», «Я очень легко могу вступить в контакт с... клиентом», «Я четко излагаю свою точку зрения», «В разговоре я веду себя непринужденно», «Я уверенный и решительный» и т.д.

Широкое распространение в практике получила система упражнений, при выполнении которых тренирующиеся достигают необходимого результата с помощью семи стандартных формул-самоприказов, начинающихся с установки «Я совершенно спокоен», и далее путем последовательных установок расслабляются все части тела и отдельные органы (руки, ноги, сердце, органы дыхания, живот, лоб и т.д.). Применяя упражнения аутогенной тренировки, можно добиться значительного расслабления поперечнополосатой и гладкой мускулатуры и достичь общего покоя. Используя далее приемы самовнушения, человеку удается воздействовать на различные функции и системы организма.

Важно выдерживать строгую последовательность выполнения упражнений, так как выполнение предыдущего является условием выполнения последующего. Формулы-самоприказы произносятся мысленно.

Методика «Последовательной релаксации», разработанная Э. Джекобсоном, основывается на том, что при эмоциональном напряжении возникает также напряжение и определенных групп мышц, расслабляя их можно осуществлять психическую саморегуляцию [4].

Например, в трудных ситуациях один хмурит лоб, другой напрягает челюсти, третий сжимает кулаки, а у некоторых людей при сильных эмоциях отмечается даже общая скованность движений. Известно, что при страхе напрягаются мышцы, принимающие участие в артикуляции и фонации, а также затылочные мышцы, при депрессивных состояниях напрягаются дыхательные мышцы и т.п. Расслабляя (релаксируя) мышцы, можно произвольно изменять эмоциональное состояние в нужном направлении, в частности снимать чувство страха, тревоги и т.д.

Представляет интерес весьма простая методика, предложенная канадским специалистом Л. Персивалем. Суть ее заключается в том, что человек расслабляет предварительно напряженные мышцы, делая одновременно спокойный выдох [2].

Заслуживает внимание и вариант аутогенной тренировки - психомышечная тренировка, предложенная московским специалистом в области спортивной психогигиены А.В. Алексеевым, которая состоит из пяти упражнений, связанных со сменой напряжения расслаблением. Используется она для тренировки основных нервных процессов возбуждения (торможения).

Особое внимание следует обратить на различные физические нагрузки для снятия психологических стрессов в конфликте. Они благотворно влияют не только на физическое, но и на психическое состояние. Двигательная нагрузка воздействует на нервную систему по типу обратной связи, при этом оказывает положительное влияние на эмоциональную сферу. Например, утренняя гимнастика улучшает настроение, повышается тонус, после зарядки увеличивается работоспособность. Активное участие мимических, жевательных, речевых мышц, мышц пальцев рук и кисти очень ярко проявляется в реализации эмоциональных реакций. Так, мышечное расслабление является внешним отражением состояния покоя, уравновешенности и характерно для положительных эмоций (например, при улыбке, смехе, удовольствии и др.). Успокаивающее действие некоторых процедур отчасти связано с их способностью вызывать мышечное расслабление и приводить к уменьшению эмоциональной возбудимости. Создание состояния покоя, расслабления, тепла все это средство повышения эффективности отдыха и снятия нервно-психического напряжения, а также основа эффективного аутотренинга [2].

Результаты. Социальный работник должен развивать навыки саморегуляции в конфликте, чтобы успешно решать профессиональные задачи и направлять конфликт в

позитивное русло. Этому способствуют следующие методики: аутогенная тренировка, самовнушение, самоприказ, последовательная релаксация, а также дыхательные упражнения.

Список литературы.

1. Вдовина М.В. Предупреждение конфликтов как фактор повышения качества социального обслуживания // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. - №1. – С.13-16.

2. Иванова О.А., Суртаева Н.Н. Конфликтология в социальной работе: учебник и практикум для академического бакалавриата. – М.: Издательство Юрайт, 2017. - 282с.

3. Колесникова И.А. Внутриличностный конфликт как фактор профессиональной деформации у специалитов по социальной работе / И. А. Колесникова, В. В. Горбунова, Е. В. Филимонова, К. А. Бижукова // Наука. Технологии. Общество. Экономика: Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 28 апреля 2022 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «СЕКВОЙЯ», 2022. – С. 132-135.

4. Кутбиддинова Р.А. Психология стресса (виды стрессовых состояний, диагностика, методы саморегуляции): учебно-методическое пособие / Р.А. Кутбиддинова. – Южно-Сахалинск: САХГУ, 2019 – 124 с.

5. Психология саморегуляции: практикум [Текст]: учебное пособие для студентов специальности «Психология» / сост. Т.Г. Волкова. — Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2014. — 80 с.

БУЛЛИНГ И КОНФЛИКТ КАК СОЦИАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Иваненко Д. Ф., Потудинский М. В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В современном обществе открыто провозглашена необходимость конкуренции в деятельности и в жизни людей. В результате возникает проблема конфликта и буллинга, которые являются предметом исследования статьи.

Цель работы - рассмотреть их как явления, определить их виды, специфику, пути разрешения и предотвращения. Основная проблема, которая ставится автором, - возможность объяснить проблему буллинга при помощи науки конфликтологии.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. В историографии существует множество взглядов на теорию конфликта. Конфуций считал их причиной противоречия между благородными мужами и остальными, то есть неравенство и несхожесть между людьми, их пороки: упрямство, лесть, лживость, корыстолюбие, себялюбие, той же точки зрения придерживались и Геродот, Фукидид, Ксенофонт, Полибий, затем Сократическая философия, эллинистическая и римская школы. Гераклит утверждал: «Расходящееся сходится и из различных (тонов) образуется прекраснейшая гармония, и все возникает через борьбу» [1].

В Средние века конфликты были связаны с религией, в каждой из которых он уже присутствует как борьба двух начал, доброго и злого, внутри одной религии, которая

порождает все новые конфликты. Появление монотеизма привело к борьбе различных религиозных конфессий, а эпоха Возрождения - к борьбе атеизма и теологии.

В Средние века войны считались основным способом разрешения социальных конфликтов. Эразм Роттердамский указывал на порочную природу человека, из-за которой происходят конфликты и войны [2]. По мнению Н. Макиавелли, причинами конфликта стало желание знати сосредоточить власть в своих руках [3].

В Новое время развиваются такие теории, как: теория естественного отбора, социал-дарвинизм, теория общественного договора, марксизм. По теоретическому основанию в конфликтологии выделяются: договорная теория Т. Гоббса, марксизм, теоретические модели Вебера. По мнению последнего, общество состоит из конфликтных социальных групп, где каждая группа защищает свои интересы [4].

В современной философии выделяется структурный функционализм Т. Парсонса и его последователей, психоаналитические концепции. Конфликт, по Т. Парсонсу, не способствует общественному прогрессу, он является социальным отклонением, «болезнью», которую надо лечить; для чего необходимо общественное согласие [5]. Ученый утверждает, что ни одно общество не может обходиться без конфликтов [6], развиваясь, оно преодолевает их.

Дарендорф утверждал, что общество пронизано конфликтами, каждый элемент меняет его структуру, одни люди подчиняют других [7]. Социумом движет как взаимодействие, так и противодействие сторон конфликта. Основоположник теории функционального конфликта Г. Зиммель считал, его источником так называемый «инстинкт враждебности» [8]. Вслед за Зиммелем, Козер выделял как деструктивные, так и конструктивные стороны конфликта [9].

Рэндалл Коллинз в своем труде «Социология конфликта» писал: «Моим главным вкладом в теорию конфликта было добавление в эти макротеории микроуровня» [10]. «Буллинг является продолжением авторитарных способов управления и притеснения в сообществе в целом» [11].

Возникла необходимость ввести вопросы решения проблемы буллинга в воспитательные программы в системе образования. И. А. Панкратов отмечает: «Развитие у школьников навыков эффективного поведения в конфликте способствует снижению буллинга» [10].

У буллинга как разновидности конфликта имеются свои особенности. В социологии конфликт (в переводе с латинского conflictus «столкновение, удар», «борьба», от глагола confligere «сталкиваться, бороться»; далее из con- «с, вместе» + fligere «сталкивать, ударять») -высшая стадия противоречий, которая возникает между отдельными людьми или группами людей по причине несовпадения их целей и интересов. Проявляются на глобальном уровне, уровне макрогрупп и на уровне микрогрупп, как в горизонтальном, так и вертикальном планах. То есть конфликт, может быть, между равными группами (например, конкуренция между двумя предприятиями), а может быть между властью и народом.

Буллинг (от англ. bullying «запугивание», «издевательство», «травля») преднамеренное систематически повторяющееся агрессивное поведение одного человека или группы лиц, в целях утверждения социальной власти или физического превосходства.

Буллинг схож с конфликтом, у него есть две стороны - зачинщик и жертва, он может быть затяжным, иметь скрытый характер, как и конфликт, его можно предотвратить или прекратить. Но, в отличие от конфликтов, он распространен только в микрогруппах. Таким образом, буллинг является разновидностью конфликтного поведения, имеет одни и те же корни с конфликтом.

Выделяются основные этапы развития конфликта: определение целей и мотивов участников, наивысшая стадия противоречий, либо открытое противостояние, либо

скрытый конфликт, разрешение ситуации конфликта. Пути разрешения конфликта: соперничество, сотрудничество, избегание, компромисс, приспособление.

Буллинг как конфликтное поведение проходит в закрытой форме. Проявляется в семье, школе, в различных общественных организациях. Субъекты буллинга: буллеры, жертвы, последователи, защитники, наблюдатели. Этапы буллинга: начало преследования жертвы, обострение агрессии, выход из буллинга (когда ситуация разрешается, не всегда благополучно).

Объективные причины конфликтов: потребность человека в выживании, борьба за ресурсы, борьба за власть и сферы влияния, противоречия в ценностях, которые нередко и порождаются двумя вышеперечисленными причинами.

Причины буллинга: борьба за выживание, конфликт ценностей. По исследованиям социологов, риск буллинга увеличивается в социально дезорганизованной среде с высоким уровнем перенаселенности, алкоголизации и наркомании, социального расслоения. Дезорганизация влияет на семью, социальные процессы (революция, перестройка), повышает агрессивность и уязвимость общества.

На буллинг действуют те же законы общества, что и на обычный конфликт, то есть причинами является социальное неравенство, национальные противоречия, гендерные различия, подстрекательство со стороны взрослых, но основная причина - потеря системы ценностей, а с нею и смысла жизни.

Большое распространение получил буллинг в современной школе. Противоречия между взрослыми отражаются на детях. Способствует этому то, что дети не понимают, как вести себя со сверстниками, а иногда со взрослыми, в их сознании не заложены принципы толерантности и демократии. К буллингу приводит отсутствие культуры и моральных качеств у буллеров, установка на соперничество вместо сотрудничества.

Виды социальных конфликтов: групповые, внутригрупповые, межгрупповые (конкуренция предприятий), политические (разделение власти и влияния, борьба за территорию, за сохранение государственности в условиях глобализации), этнические (народы находятся на разных стадиях своего развития), например, племена бушменов не могут участвовать в процессе глобализации, поэтому они вступают в конфликт с огромным незнакомым миром цивилизаций, личностные, межличностные (иногда личность вступает в конфликт с общественными образованиями), конфликты идентичностей, юридические конфликты, конфликты людей с девиантным поведением. Выделяются кратковременные или длительные, глобальные, локальные, демографические, региональные конфликты, мирные или военные, нравственные, в сфере виртуальной реальности.

Для развития буллинга особой проблемой, обострившей противоречия в России, явилось прерывание связи между поколениями. Угроза нарушения преемственности порождает целую цепь конфликтов между поколениями.

Выделяются виды буллинга: физический, вербальная травля, социально-психологический, психологическое давление, электронный виртуальный.

Общество борется с отрицательными явлениями, коими предстают конфликт и буллинг. Стало очевидным, что выходом из конфликтов может стать теория консенсуса, соглашения противоборствующих сторон, принятие единой системы ценностей.

Социальные конфликты внутри общества необходимо регулировать созданием особых институтов, сдерживающих агрессию отдельных групп, борьбой против буллинга,

троллинга и других проявлений агрессии в общественных местах и малых социальных группах. Изоляцией лидеров, разжигающих конфликт между обществом и социальными группами ради материальной и собственной выгоды.

Но главное - воспитанием морально-нравственной, духовной личности в рамках школьной среды и семьи.

Таким образом, мы рассмотрели понятие и структуру социального конфликта. Виды социальных конфликтов, которые также связаны со сферами общественной жизни. Пришли к выводу, что буллинг является продолжением социальных конфликтов в обществе. В результате исследования было выявлено, что буллинг - разновидность конфликтного поведения. Его возможно преодолеть при помощи применения законов конфликтологии, а также формирования общественной среды для морального и нравственного воспитания личности.

Список литературы.

1.Дуракова, А. С. Насилие над детьми в киберпространстве / А. С. Дуракова, В. В. Горбунова // Наука. Технологии. Общество. Экономика : Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 28 апреля 2022 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью "СЕКВОЙЯ", 2022. – С. 121-125. – EDN JRTMPM.

2.Дуракова, А. С. Предупреждение девиантного поведения несовершеннолетних, продуцируемого контентом современного информационного пространства / А. С. Дуракова // Актуальные проблемы в контексте современных научных исследований : Сборник научных статей по материалам II Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 22 апреля 2024 года. – Ставрополь: ООО "СЕКВОЙЯ", 2024. – С. 19-27. – EDN WESGPX.

3.Дуракова, А. С. Проблемы формирования информационно-психологической безопасности личности в сети Интернет / А. С. Дуракова // Актуальные проблемы в контексте современных научных исследований : Сборник научных статей по материалам II Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 22 апреля 2024 года. – Ставрополь: ООО "СЕКВОЙЯ", 2024. – С. 27-32. – EDN IXZNAV.

4.Дуракова, А. С. Психологическое воздействие на несовершеннолетних детей в сети интернет при вовлечении в деструктивные группы суицидального характера / А. С. Дуракова // Перезагрузка общецивилизационных ценностей - ответ на вызовы пандемии : СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ XVI МЕЖДУНАРОДНОЙ МОЛОДЕЖНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, Ставрополь, 15 апреля 2022 года. – Ставрополь: Институт Дружбы народов Кавказа, 2022. – С. 212-216. – EDN PHWGEX.

5.Дуракова, А. С. Психология склонения несовершеннолетних к суициду посредством использования социальных сетей / А. С. Дуракова, В. А. Логинова, А. Б. У. Юлдашев // Наука. Технологии. Общество. Экономика : Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 28 апреля 2022 года. – Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью "СЕКВОЙЯ", 2022. – С. 125-131. – EDN SRJGHR.

6.Дуракова, А. С. Социальная профилактика девиантных форм поведения несовершеннолетних в современном информационном пространстве / А. С. Дуракова // Новый ориентир регионального развития - встраивание в Евразийскую экономическую перспективу : Материалы XVIII Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 08–09 февраля 2024 года. – Ставрополь: Институт дружбы народов Кавказа, 2024. – С. 300-307. – EDN WLCIHH.

7.Коллинз Р. Социология философий: глобальная теория интеллектуального изменения. Новосибирск: Сибирский хронограф, 2002. 1280 с.

8.Межведилов А. М. Социальные конфликты в трансформирующемся обществе: Теоретические подходы и российская действительность: дис. ... канд. социол. наук. Казань, 2003. 148 с.

9.Новикова М. А, Реан А. А., Коновалов И. А. Буллинг в российских школах // Вопросы образования/Educational Studies Moscow. 2021. № 3. С. 62-90.

10.Панкратова И. А. Проблема буллинга и конфликтного поведения в подростковом возрасте // Наука и Школа. 2021. № 4. С. 232-242.

11.Фрейд З. Психология бессознательного: сб. произведений. М.: Просвещение, 1990. 448 с.

ОСОБЕННОСТИ ГРАЖДАНСКО-ПАТРИОТИЧЕСКИХ УСТАНОВОК У СТУДЕНТОВ

Иванов В.А., Колесникова И.А., Филимонова Е.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Наличие патриотического, ценностно-нравственного кризиса, сложившаяся в последние годы неблагоприятная военно-политическая обстановка в мировом пространстве свидетельствуют о том, что гражданско-патриотическое воспитание подрастающего поколения становится стратегическим ресурсом развития как российского общества, так и государственности России.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. Необходимость воспитания у студенческой молодежи адекватных гражданско-патриотических установок подтверждается активной государственной политикой в отношении формирования истинного патриотизма, как «….ответственность за свою страну и ее будущее» - со слов Президента РФ Путина В.В [8]. Непосредственно в Стратегии реализации воспитания в РФ [9] отмечается первостепенная важность ориентации на нравственные и гражданско-патриотические ценности.

Анализируя различные подходы к соотношению понятий «патриотизм» и «гражданственность», Маленков В.В. [6], со ссылкой на других авторов, выделяет четыре аспекта такого рассмотрения: гражданственность/патриотизм – равнозначны; патриотизм – элемент/основной компонент гражданственности; гражданственность – составляющая патриотизма; гражданский и традиционный виды патриотизма противостоят друг другу.

Аналогично Гаврилушкину С.А. [1] мы рассматриваем патриотизм как исторический многоаспектный феномен, имеющий многообразие форм проявления, основанный на личной гражданской позиции с учетом историко-политического, культурного, социального и др. контекстов.

Согласно результатам анализа наличествующих у студенческой молодежи гражданско-патриотических установок [2; 3; 4; 5; 7] к их особенностям можно отнести:

1. 78% опрошенных считают себя патриотами, 48% из которых относят патриотизм к индивидуальному решению каждого гражданина общества.

2. Гражданский патриотизм, по мнению большинства респондентов, проявляется в: любви к родине – 48%, в вере и преданности стране – 42%, любви к народу, к которому принадлежишь, привязанности к «родному дому» – 38%, а также в гордости за достижения граждан страны/своей страны– 34%, приверженности народным традициям и родной истории – 33%, единстве народа – 30% и др.

3. 64% убеждены в сформированности собственной гражданской позиции, 20% опрошенных не задумывались об этом, некоторые не смогли объяснить, в чем она заключается.

4. 74% студенческой молодежи считают, что истинный патриот испытывает чувство гордости, уважения к своей стране, считает ее самой лучшей, хорошо знает историю, литературу, искусство, основные научные достижения и др..

5. Служба в рядах Вооруженных Сил РФ, по нашему мнению, выступает одним из показателей высокого уровня патриотизма и также является гражданской и конституционной обязанностью гражданина РФ, поэтому в опросник были включены вопросы, касающиеся позиции студентов в данном направлении: 45% считают, что служба в армии необходима обществу и является средством выполнения гражданского долга.

6. По результатам исследования при сравнении в процентом соотношении данных по мужской и женской выборкам, 48% женской выборки и 56% мужской имеют средневысокую степень готовности к службе в армии. Такой большой процент по женской выборке, по нашему мнению, возможно, связан с изменением гендерной позиции в обществе.

7. Источниками формирования гражданского патриотизма, по мнению респондентов, являются основные социальные институты – семья (62%), государство (42%) средства массовой информации (26%), образовательные учреждения (24%) и др.

8. Все 100% опрошенных когда-либо принимали участие в различных мероприятиях гражданско-патриотической направленности, 85% из которых на постоянной основе. По мнению респондентов в наибольшей степени влияние на формирование патриотических установок оказывает: проведение праздничных парадов, посвященных ВОВ, встреч с ветеранами ВОВ, локальных войн (44%); чей-то личный пример, проявление героизма (35%); музеи, выставки патриотической направленности (22%) и др.

9. Студенческая молодежь (56%) отмечают «рост патриотизма» среди своего окружения (некоторые указали – «в России в целом»), что, по их мнению, связано с активной государственной политикой, проводимой Президентом РФ.

Заключение. Таким образом, проблема изучения и оценки гражданско-патриотических установок у студенческой молодежи является сложной, многоаспектной и требующей учета различных факторов, в том числе и выявления проблем в формировании гражданского патриотизма в молодежной среде (как следующего этапа исследований авторов статьи). Современная студенческая молодежь в большинстве своем считают себя патриотами своей страны и понимают важность и необходимость государственной социальной политики в сфере патриотического воспитания и формирования чувства долга и ответственности перед Родиной. В целях гражданско-патриотического воспитания как направления работы со студенческой молодежью необходима системная, пролонгированная работа, основанная на координации усилий государства, образовательных учреждений, военных комиссариатов, органов внутренних дел, общественности по гражданско-патриотическому и гражданско-военному воспитанию, начальной военной подготовке и др.

Список литературы.

1. Гаврилушкин С.А. Психологическая специфика проявления ответственности личности у студентов: автореферат дис. канд. психол. н. 19.00.01 – общая психология, психология личности, история психологии. – М., 2012. – 23 с.

2. Джагаева Т.Е., Сиукаева А.Г. Гражданско-патриотического воспитания студентов как приоритетное направление государственной политики // ЦИТИСЭ. – 2023. – № 1 (35). – С. 330-337.

3. Колесникова И.А. Задачи непрерывного образования в социокультурном аспекте // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2017. – Т. 11. – № 8. – С. 91-93.

4. Колесникова И.А., Дуракова А.С., Резеньков Д.Н., Киселева И.Н. Выявление гражданско–патриотических установок у студенческой молодежи: обобщение результатов социологического анализа // Социология. – 2024. – № 4. – С. 21-27.

5. Колмакова В.В. Определение уровня сформированности активной гражданской позиции современного студента // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2016. – № 10(64). – Ч. 3. – С. 182-186.

6. Маленков В. В. Образ патриотизма и гражданско-патриотические ориентации молодежи // Известия Саратовского университета. Серия: Социология. Политология. – 2022. –Т. 22. Вып. 1 – С. 60-65.

7. Проказина Н.В., Дорохова Ю.В., Хатнюк Н.Н. Историческая память о великой отечественной войне как ресурс патриотического и гражданского воспитания // Среднерусский вестник общественных наук. – 2017. –Т. 12. – № 3. – С. 260-271.

8. Прямая речь Путина В.В. на встрече с Советом законодателей 27 апреля 2022 года // Администрация Президента России 2022 год [Электронный ресурс]. — URL: http://kremlin.ru/.

9. Стратегия реализации воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]. — URL: http://council.gov.ru/media/files/41d536d68ee9fec15756.pdf.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЛОДЫХ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ В СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ СФЕРАХ

Караблинов А.С., Дуракова А.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Тема социального предпринимательства широко востребована среди молодежи. Сегодня молодежь заинтересована в рассмотрении социальных вопросов как внутри страны, так и во всем мире. Социальное предпринимательство является одним из новых направлений, однако биография ее обширна и достаточно изучена. Целью данного исследования является оценить эффективность молодых предпринимателей в социально-значимых сферах.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. Впервые о социальном предпринимательстве упомянули после 2000-х годов, когда частные лица активно начинают работу в данном направлении, развивая его и донося свои идеи до государства [1]. Позже появляются специализированные центры по инновациям в социальной сфере.

Социальное направление предпринимательства в России развивается в таких сферах как фермерское хозяйство, помощь пожилым людям и инвалидам, поддержка ремесел и традиций, переработка бытовых отходов, местный туризм и другие. В свою очередь молодежное предпринимательство также решает одну из социальных проблем, а именно занятость молодежи, то есть предоставление им рабочих мест.

Сама молодежь имеет значимый потенциал в сфере социального предпринимательства и способна внести вклад в развитие страны в социально-экономической сфере. Это может произойти путем создания организаций малого бизнеса, появления новых рабочих мест и реализации аспектов социальной ответственности.

Однако в силу различных причин молодежь слабо задействована в данной сфере. Отсутствие необходимых знаний и опыта, страх начать свое дело, обладание малым количеством информации о предоставляемых возможностях по поддержке молодежного

предпринимательства – все это и другое затрудняют вовлечение молодежи в предпринимательский сектор [2].

В то же время стоит отметить, что именно молодежная инициатива и вовлеченность в социальное предпринимательство играет очень важную роль в решении многих проблем социально-экономического характера. Ведь будущее состояние страны за плечами амбициозных молодых людей, от развития молодежного предпринимательства будут зависеть как развитие страны, так и темпы экономического роста.

Тема молодежного предпринимательства активно поддерживается Фондом президентских грантов. Кроме этого, разработан и действует проект «Мой бизнес», филиалы которого есть во многих городах России. Проект направлен на поддержку малого и среднего бизнеса. Говоря о молодежном предпринимательстве, проект «Мой бизнес» предоставляет гранты для молодых предпринимателей, а также проводит различные акселерационные программы, направленные на поддержку молодежного предпринимательства [4].

Для привлечения молодых предпринимателей в социально-значимые сферы необходимо предоставить такие условия как внедрение более современных программ финансирования, появление облегченного варианта регистрации и ведения бизнеса, развитие государственно-частного партнерства в социальной сфере и другое [3].

Заключение. Проведя исследование с целью получения ответа на вопрос о том, чем поможет популяризация молодежного предпринимательства в социально-значимых сферах, были получены следующие результаты. Молодые люди считают, что распространение молодежного социального предпринимательства поможет обеспечить наибольшую вовлеченность молодежи в социально-значимые вопросы своего региона, раскрыть предпринимательский потенциал у молодежи, появлению специальной системы, которая будет развивать социально-экономическое мышление, способствующее к привлечению молодых людей к предпринимательству.

Таким образом, молодежное предпринимательство в социально-значимых сферах вносит большой вклад в развитие регионов и в целом страны. Важно привлекать как можно больше молодых людей и раскрывать их предпринимательский потенциал. А полученные результаты исследования говорят о том, что молодежь четко осознает реалии настоящего времени и предназначении роли молодежного социального предпринимательства.

Список литературы.

1.Конягина, М. Н. Молодежь и социальное предпринимательство в России / М. Н. Конягина, М. Краснопевцева // Российское предпринимательство. – 2019. – №1. – С. 159-172.

2.Бахарев, В. В. Оценка вовлеченности молодежи в сферу социального предпринимательства / В. В. Бахарев, И. А. Демененко, И. В. Шавырина // Этносоциум и межнациональная культура. – 2023. – №1 (175). – С. 72-77.

3.Добрынина, М. В. Молодежное предпринимательство: проблемы и перспективы / М. В. Добрынина, Д. М. Коваленко // Экономические и социально-гуманитарные исследования. – 2023. – №3 (39). – С. 53-61.

4.Предпринимательство как перспективное направление совершенствования социальной политики в области содействия занятости молодежи в Республике Ингушетия / В. В. Горбунова, А. С. Дуракова, В. В. Калинин [и др.] // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2023. – № 4(76). – EDN TNVHXR.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Кислев В.Г., Киселева И.Н.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Адаптивная физическая культура в последние годы всё активнее зарекомендовала себя как важнейший элемент комплексной реабилитации и социализации детей с расстройствами аутистического спектра. Систематические физические упражнения могут существенно улучшить не только физическое, но и психо-эмоциональное состояние детей, способствуя их социальной адаптации.

Некоторые аспекты влияния адаптивной физической культуры на социализацию детей с расстройствами аутистического спектра:

- Развитие коммуникативных навыков. Спортивные занятия часто требуют командного взаимодействия, которое способствует развитию у детей с расстройствами аутистического спектра способностей к общению и умению работать в коллективе.
- Улучшение сенсорной интеграции. Адаптивная физическая культура включает упражнения, направленные на работу с тактильными, вестибулярными и проприоцептивными системами, что помогает детям лучше воспринимать и обрабатывать сенсорную информацию.
- Регуляция эмоций. Физическая активность способствует выработке эндорфинов, улучшая настроение и помогая справляться со стрессом, что важно для социальных взаимодействий.
- Повышение самооценки. Достижения в спорте и преодоление физических препятствий помогают детям с расстройствами аутистического спектра чувствовать себя более уверенно, что положительно сказывается на их социальной адаптации.
- Для успешного включения адаптивной физической культуры в процесс социализации необходим комплексный подход, включающий следующие шаги:
- Индивидуальные программы. Каждый ребёнок уникален, поэтому важно разрабатывать личные тренировочные планы, учитывающие его специфические потребности и способности.
- Создание благоприятной среды. Необходимо обеспечить безопасное и поддерживающее окружение для занятий, где каждый ребёнок чувствует себя комфортно и принято.
- Сотрудничество с родителями. Вовлечение семей в процесс обучения и планирование занятий усиливает эффективность АФК и способствует лучшей социализации детей.
- Интеграция с образовательным процессом. АФК должна стать неотъемлемой частью образовательной программой для детей с расстройствами аутистического спектра, взаимодействуя с другими областями их развития.

В заключении можно сказать, что адаптивная физическая культура выступает не только как средство физической реабилитации, но и как мощный инструмент социализации, позволяющий детям выражать себя, налаживать контакты с окружающими и обретать уверенность в себе.

Список литературы.

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма /Ф. Аппе: пер. с англ. Д.В. Ермолаева – Эл. Изд. – М.: Теревинф, 2023 г. – 217 с.

2. Войта В. Петерс А. Принцип Войты. Игра мышц при рефлекторном поступательном движении и в двигательном онтогенезе. -3-е изд. – М.: Springer, 2022 – 172 с.
3. Всемирная Организация Здравоохранения // Шестьдесят седьмая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения // Женева, 19-24 мая 2014 г. // Резолюции и решения / Приложения, 2024-274с.
4. Геслак Д. Г43 Адаптивная физкультура для детей с аутизмом: Методические основы и базовый комплекс упражнений для увеличения физической активности детей и подростков с РАС / Дэвид С. Геслак; пер. с англ. У. Жарниковой; предисл. С. Шора.- Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2023.- 192 с.
5. Плаксунова Э. В. Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания «Моторная азбука» на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра / Э. В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. - 2022. -№ 4. - С. 67-72.
6. Феррари П. Детский аутизм / П. Феррари; пер. с франц. О. Власовой. -М.: Образование и здоровье, 2006. - 127 с. Феррари, П. Детский аутизм / П. Феррари; пер. с франц. О. Власовой. -М.: Образование и здоровье, 2023. - 127 с.

ЦЕНТРЫ СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ КАК МЕХАНИЗМ СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ МОЛОДЕЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Малахова А.В., Перебайло А. О., Горбунова В. В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Успешное трудоустройство выпускников профессиональных образовательных учреждений выступает важнейшим условием эффективного социально-экономического развития государства, воспроизводства человеческого капитала страны и успешности социализации и интеграции в жизнь общества. Однако современные молодые специалисты, обладая высоким образовательным потенциалом, креативным мышлением и энергичностью, одновременно сталкиваются с проблемами, важнее значение среди которых имеют следующие:

- отсутствие опыта работы, недостаточный уровень развития профессиональных компетенций;
- несоответствие полученной специальности реальным потребностям регионального рынка труда;
- несоответствие ожиданий молодёжи потребностям рынка труда, в том числе и уровня заработной платы, должностях обязанностей;
- отсутствие эффективных механизмов содействия занятости молодёжи в период получения образования и постдипломного сопровождения.

Одним из эффективных механизмов успешной профессиональной адаптации и трудовой занятости учащейся молодёжи являются центры содействия трудоустройству молодёжи, функционирующие на базе учреждений высшего профессионального образования.

Целью исследования является изучение роли и перспективных направлений совершенствования деятельности центров содействия трудовой занятости выпускников

Материалы и методы: В ходе проведения исследования были проанализированы научные и практические работы в области содействия занятости молодёжи. Эмпирической базой исследование стало анкетирование выпускников ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России. В исследовании приняли участие 75 чел. В качестве основного метода исследования было использовано анкетирование с использованием Google Forms.

Результаты и обсуждение.

Так на базе СтГМУ функционирует Центр развития регионального здравоохранения и содействия трудоустройству выпускников, основными задачами деятельности которого является содействие успешной трудовой занятости молодёжи.

Результаты проведённого исследования показывают, что с одной стороны, большинство респондентов (53%) осведомлены о деятельности Центра, однако лишь 29% из них хотя бы раз посетили его, что свидетельствует о существенном разрыве между информированностью и фактическим использованием студентами институциональных возможностей трудоустройства, низкой степени вовлеченности студентов в его работу. При этом почти равные доли опрошенных (по 9%) либо знают о Центре, но не воспользовались его услугами, либо вообще не были осведомлены о его существовании.

Из представленных результатов, среди тех, кто обращался за помощью в Центре наиболее актуальными услугами оказались консультация (14%) и составление резюме (12%). Следует отметить, что значительная доля респондентов, более 70% не обращалась за помощью в Центр, что может отражать недостаточную информированность о предоставляемых услугах.

При выборе способов поиска информации о вакансиях выпускники ориентируются на цифровые и неформальные каналы. Наибольшая доля опрошенных (57%) использует Интернет-ресурсы, что отражает их доступность и широкий охват. Социальные сети (45%) также являются популярными инструментами, что свидетельствует о значимости онлайн-платформ в современном процессе поиска работы. Контакты с знакомыми (52%) занимают второе место по частоте использования. Менее востребованными оказались рекламные объявления (29%) и вузовские центры (12%), что может быть связано с их ограниченной эффективностью или узкой направленностью.

Результаты. Проведённое исследование свидетельствует о недостаточном уровне востребованности среди выпускников услуг центра содействия трудоустройству выпускников, практическая помощь остаётся недостаточно используемой среди выпускников.

Ведущими направлениями повышения эффективности деятельности Центра являются:

- активизация работы в области повышение информированности студентов старших курсов о возможности заключения договора о целевом обучении с потенциальными работодателями;
- повышение уровня информированности о деятельности Центра, в том числе и с использование современных информационно-коммуникативных технологий;
- консультирование по вопросам написания резюме и мотивационных писем;
- содействию трудоустройству лиц с инвалидностью.

Таким образом, совершенствование деятельности Центров содействия трудоустройству выпускников является важным направлением повышения эффективности молодежной политики, способствующим профессиональной реализации молодых специалистов и устойчивому развитию регионального рынка труда.

Список литературы.

1. Алексеев С. В., Рудницкая А. П. Подходы к оценке проблемы занятости молодежи на рынке труда в современных условиях // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. 2022. №2 (59). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-otsenke-

problemy-zanyatosti-molodezhi-na-rynke-truda-v-sovremennyh-usloviyah (дата обращения 11.09.2025 г.)

2. Андриянова А. И. Современные механизмы содействия трудоустройству молодежи в России // Социологические исследования. – 2024. – № 5. – С. 45–53.

3. Горбунова В.В., Дуракова А.С., Калинин В.В., Потудинский М.В., Эреджепова Р.К. Предпринимательство как перспективное направление совершенствования социальной политики в области содействия занятости молодежи в республике Ингушетия//Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. - 2023. - № 4 - (76). [Электронный ресурс] URL: https:// https://eee-region.ru/number-jour/2023-76 (дата обращения 11.09.2025 г.)

4. Мальсагова А.А., Мальсагова Т.А., Горбунова В.В. Молодежный рынок труда: состояние, особенности и проблемы развития //В сборнике: Наука. Технологии. Общество. Экономика. Сборник научных трудов III Международной научно-практической конференции. Ставрополь, 2024. - С. 417-421.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ГРАЖДАН К СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ

Манкатаева А.Б., Шапошникова М.А., Кибирова Х.Р., Горбунова В.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В современном российском обществе формирование здорового образа жизни на основе активного вовлечения граждан в систематические занятия физической культурой и спортом является приоритетным направлением государственной социальной политики. Формирование мотивации к систематическим занятиям физической культурой и спортом невозможно без целенаправленной государственной политики в этой области.

Актуальность исследования мотивации к занятиям физической культурой и спортом обусловлена его определяющей ролью в формировании общественного здоровья и увеличении продолжительности жизни населения. Рост хронических неинфекционных заболеваний, связанных с поведенческими факторами риска, ставит перед системой здравоохранения задачи по формированию осознанного отношения граждан к своему здоровью. [5]

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», здоровый образ жизни входит в понятие «профилактика».

Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития. [1]

Вместе с тем, несмотря на высокую значимость занятий физической культурой и спортом для большинства граждан характерен отказ от систематических занятий, вызванный следующими факторами: вовлечение в активную профессиональною деятельность, в том числе и обучающихся, получающих профессиональное образование; отсутствие доступных объектов социальной инфраструктуры; отсутствие сформированной мотивации на поддержание здорового образа жизни и стремления к систематической двигательной активности с целью поддержания качества жизни в будущем [3].

Целью проведённого исследования является анализ особенностей мотивации граждан к систематическим занятиям физической культурой и спортом.

Материалы и методы. В ходе проведения исследования были проанализированы научные и практические работы в области мотивации к здоровому образу жизни. Эмпирической базой исследование выступили вторичный анализ результатов телефонного опроса, проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 2023 г. В опросе приняли участие 1600 россиян в возрасте от 18 лет.

Результаты и обсуждение. В современных исследованиях отмечается, что основное значение в формировании здорового образа жизни принадлежит социальным факторам. Здоровый образ жизни характеризуется сочетанием следующих компонентов: физический, психический, социальный, ролевой, общее восприятие благополучия [1].

Мотивация к здоровому образу жизни является сложным и многофакторным явлением, обусловленным взаимодействием различных социальных, психологических и экономических факторов. Формирование устойчивой приверженности ЗОЖ зависит от личностных ценностей, социального окружения, доступности ресурсов и уровня информированности. Комплексное изучение особенностей мотивации к ЗОЖ, с учетом всех этих факторов, необходимо для разработки эффективных стратегий укрепления здоровья населения.

Структура мотивации к ЗОЖ меняется в зависимости от возраста, социального статуса, состояния здоровья и других факторов. Выделяют следующие виды мотивации ЗОЖ: осознание ценности здоровья; стремление к долголетию и активной жизни; улучшение самочувствия и уровня энергии; социальное одобрение и поддержка; информационная осведомленность [2].

Согласно данным социологического опроса па протяжении последних пяти лет самыми распространенными видами физической активности остаются бег, спортивная ходьба и легкая атлетика (37% среди занимающихся спортом не реже 1–3 раз в месяц, 2023 г.), тогда как еще 10 лет назад большая часть «спортивных россиян» занималась фитнесом, именно в 2013 г. был отмечен пик его популярности в России (43%). Сегодня последнему отдает предпочтение почти каждый третий опрошенный (31%, +9 п.п. с 2023 г.), а в городах с населением 500–950 тыс. человек и больше фитнес по-прежнему более востребован, чем легкая атлетика (39–36%).

Россияне практикуют преимущественно самостоятельные тренировки: более половины занимающихся спортом не реже 1–3 раза в месяц упражняются дома (54%, 2023 г. - 51%), 43% - на стадионе, спортплощадке, в тренажерном зале и т. д. (2023 г. - 46%). Еще 13% занимаются спортом с тренером в фитнес-клубе, примерно столько же - посещают спортивную секцию, клуб или бассейн также под руководством профессионала (12%).

В жизни 44% россиян спорт практически или совсем отсутствует: в ходе опроса 40% признались, что никогда им не занимаются, еще 4% ограничиваются несколькими тренировками в год.

По мнению опрошенных россиян, основными барьерами для систематических занятий физической культурой и спортом являются: отсутствие времени (40%), плохое состояние здоровья (36%), недостаточная сила воли (20%), отсутствие потребности и необходимости (20%).

Выводы. К основным особенностям мотивации к систематическим занятиям физической культурой и спортом относится:

– недостаточное признание ценности систематических занятий физической культурой и спортом для сохранения и укрепления здоровья;

– резкое снижение ежедневной двигательной активности в результате преобладая интеллектуального труда в профессиональной деятельности;

– недостаточная доступность спортивной инфраструктуры для различных групп населения, преобладание самостоятельных занятий физической культурой и спортом;

– ведущими мотивами систематических занятий физической культурой и спортом является возможность укрепления и поддержания здоровья, поддержание красоты своего тела, совершенствование своего физического развития.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о необходимости повышение мер поддержки как государственных, так и негосударственных организаций, работающих в области развития спортивной инфраструктуры и организации тренировочного процесса для различных категорий граждан, в том числе и для лиц средних возрастов.

Список литературы.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации»

2. Горбунова В.В., Дуракова А.С., Сапронов С.В., Потудинский М.В. проблемы и перспективные направления повышения эффективности мотивации граждан к систематическим занятиям физической культурой и спортом //Педагогический научный журнал. 2025. Т. 8. № 3. С. 70-77.\

3. Ленская, И. Ф. Физическая культура как компонент здорового образа жизни/ И.Ф.Ленская, Е.Н. Чудоякова // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства при Президенте Российской Федерации. 2024. №1 (24). С.125-129.

4. Павлов А.Ю. Основные функции физической культуры и спорта // Мировая наука. 2023. №1 (70). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-funktsii-fizicheskoy-kultury-i-sporta (дата обращения: 09.09.2025).

5. Пильщикова В.В., Бондина В.М., Губарева Д.А., Пузанова Е.А., Липатова А.С. Основы здорового образа жизни: учебное пособие для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и медикопрофилактического факультетов – 2015. – 151 с.

СЕРЕБРЯНОЕ ВОЛОНТЕРСТВО КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Перебайло А.О., Малахова А.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В социально-демографической структуре современного общества важную роль занимают люди пожилого возраста. Это обусловлено, в первую очередь, тем, что происходит старение населения, которое представляет собой глобальный процесс, а также влияет на социальные, политические, экономические, культурные сферы жизнедеятельности.

В теории социальной работы граждане пожилого возраста рассматриваются как специфическая социально – демографическая группа, со своими социально-психологическими особенностями, с тягой к ретрокультуре, с глубокой внутренней дифференциацией, определенным делением на подгруппы: возрастные, территориальные (горожане, сельчане), с различным общественным положением в допенсионном и пенсионном периодах [2].

Для людей старшего поколения имеется высокий риск социальной изолированности. Это обусловлено тем, что положение пожилого человека с выходом на пенсию коренным образом претерпевает изменения, которые определяются такими факторами, как: уровнем образования, семейным положением, уровнем доходов, а также социальным статусом.

К причинам снижения социально-экономического состояния людей относятся следующие:

– прекращение профессионально-трудовой деятельности;

– низкий уровень пенсии, отсутствие дополнительного источника дохода;

– высокие расходы на оплату жилищно-коммунальных услуг и медицинское обслуживание;

– низкая адаптация к новым условиям жизни [5].

Одним из условий успешной социальной адаптации пожилых людей служит их потребность в социальной активности, в положительном представлении о старости, которое представляет вторую половину жизни здоровой, активной, энергичной и включенной в социальную деятельность.

Современные исследователи утверждают, что одним из главных направлений социальной активности является волонтёрство, которое способствует преодолению эйджизма, усиливает их способности решать собственные проблемы и помогать другим нуждающимся людям.

Волонтерская деятельность граждан пожилого возраста «Серебряное волонтерство» направлена на безвозмездное оказание помощи и предоставление услуг.

Для выявления готовности граждан пожилого возраста к участию в волонтерской деятельности, а также перспективных направлений «Серебряного волонтерства» в г. Ставрополе, нами было проведено исследование, эмпирической базой которого являются результаты обработки анкетирования, в котором приняли участие граждане г. Ставрополя от 60 лет и старше. В исследовании приняли участие 48 граждан. Анкетирование проводилось на платформе Google Forms.

Как показывают результаты проведённого исследования – 47% опрошенных считают, что в городе есть возможность для активного участия в волонтерской деятельности, 21% считает, что данная практика не развита в нашем городе, и 38% опрошенных затрудняются ответить. Почти половина из опрошенных респондентов принимают участие в волонтерской деятельности, часть опрошенных хотели бы участвовать в волонтёрской деятельности, однако сомневаются в собственных силах и умениях

Почти половина из опрошенных респондентов (43,7%) принимают участие в волонтерской деятельности, часть опрошенных (25%) хотели бы участвовать в волонтёрской деятельности, однако сомневаются в собственных силах и умениях.

Для развития и возможности участия в волонтерской деятельности, большинство опрошенных респондентов (31,3%) считают необходимым улучшить систему информирования и организовать взаимодействие с более опытными волонтерами.

Волонтерская деятельность представляет собой оказание помощи, без предоставления финансового вознаграждения и служит источником помощи в различных видах деятельности. Наиболее перспективными направлениями, в которых граждане пожилого возраста принимали или хотели бы принимать участие, оказались «Передача знаний и опыта младшему поколению» (27,1%) и «Организация бытовой помощи нуждающимся» (22,9%).

Результаты данного исследования показали, что, по мнению респондентов, волонтерская деятельность имеет много положительных сторон, однако, больше всего, была отмечена, возможность «преодоления чувства одиночества» (14 чел.) и возможность «снова включиться в общество и быть его частью» (12 чел.).

Волонтерство – это один из самых популярных способов помощи нуждающимся в нашей стране. Оно позволяет каждому желающему внести свой вклад в общее дело благотворительности и добра. Необходимо отметить, что наиболее активными участниками волонтерской деятельности являются пожилые граждане женского пола.

С прекращением трудовой деятельности и выходом на пенсию, человек обретает новый социальный статус – статус «пенсионера», который влечет за собой ряд специфических особенностей и проблем (нереализуемый потенциал, ощущение или опасение собственной ненужности, чувство одиночества и т.д.), но с другой стороны при определенных условиях, пенсионный возраст может стать плодотворным и благоприятным временем для развития своего потенциала, реализации новых интересов и возможностей, а также для благоприятного использования своего жизненного опыта во благо других людей и окружающей среды.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что сегодня граждане пожилого возраста хотят продолжать быть социально-активными и в меру своих возможностей приносить пользу обществу, посредством участия в волонтерской деятельности.

На наш взгляд одним из востребованных направлений развития волонтерской деятельности в современном мире, способствующим реализации и раскрытию потенциала пожилых граждан, является наставничество. Данный вид деятельности способствует преодолению чувства одиночества и даёт возможность быть нужным и полезным обществу.

Список литературы.

1. Амбарова П.А. Волонтеры «серебряного возраста»: регулирование темпоральных стратегий поведения возрастной общности / П.А. Амбарова, Г.Е. Зборовский // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. 2017. №4. С. 35-47. Дата обращения: 11.09.2025г.

2. Бондаренко И. Социальная сплоченность и забота об интересах пожилых людей. // И. Бондаренко - Социальная работа. - 2008. - №1. - С. 24-31. Дата обращения: 09.09.2025г.

3. Вебер М. Основные социологические понятия / М. Вебер; пер. с нем. А.М. Филиппова // Теоретическая социология: антология: в 2 ч. М.: Книжный дом «Университет», 2002. 424 с. Дата обращения: 10.09.2025г.

4. Зальцман Т.В. Проблемы изучения добровольческой деятельности пожилых людей / Т.В. Зальцман // Международный форум «Старшее поколение» (11-14 апреля 2012г., г. Санкт-Петербург), 2012г. С. 52-23. Дата обращения: 11.09.2025.

5. Примак Ю. А. Особенности социальной работы с пожилыми людьми / Ю.А. Примак, И. А. Гизатова // Педагогическое мастерство: материалы II междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2012 г.). — М.: Буки-Веди, 2012.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВИДЕОИГР НА РАЗНЫЕ СФЕРЫ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА: ОТ ОБРАЗОВАНИЯ ДО ПСИХОЛОГИИ

Шиянова А.М., Дуракова А.С.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В настоящее время происходит постоянное развитие существующих технологий и создание новейших разработок, которые упрощают жизнь человека и помогают ему в различных сферах жизни. В нашем веке, когда инновации шагнули далеко вперед, произошел большой скачок в развитии такой сферы, как видеоигры. Большинство людей

думают, что она носит только развлекательный характер, но это далеко не так. Конечно, компьютерные игры приносят моральное удовлетворение в повседневную жизнь, но они также влияют и на другие аспекты, связанные с образованием, психологией, общением и, безусловно, физическим здоровьем.

Материалы и методы. Материалы исследования составили источники национально-библиографической базы данных научного цитирования (РИНЦ). Методами исследования выступили теоретический анализ литературы, обобщение, обзор и интерпретация.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день сформировалось огромное количество стереотипов и мнений о влиянии видеоигр на человека и в целом о том, кто такие геймеры. Исходя из статистики Всероссийского центра изучения общественного мнения выявлено, что игроками среди россиян являются молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, где меньше четверти опрошенных играют ежедневно [5].

В основном, положительное мнение об играх складывается в большинстве у молодежи. Однако, на показатели проведенного опроса негативно влияют люди преклонного возраста [6].

Многие из опрошенных людей в возрасте 60 лет и старше привержены мнению, что видеоигры являются пустой тратой времени, вредят здоровью и абсолютно не оказывают полезного эффекта на жизнь людей. Но, несмотря на статистику и различные заблуждения, ежегодно увеличивается количество исследований не только о негативном влиянии игр, но и о положительном влиянии на различные сферы жизни человека.

В итоге, мнения опрашиваемых отличаются ввиду разницы поколений и мировоззрения. Молодежь, обладая продвинутыми навыками использования новых технологии, закладывает фундамент уникального игрового опыта, который в большей степени отличается от опыта старшего поколения. Это различие не только влияет на то, как подрастающее поколение проводит свое время, но и формирует модель социального взаимодействия и даже культуру в целом. Таким образом, видеоигры являются не просто способом прокрастинации, а привносят в обучение вклад, который активно используется в повседневной жизни.

Несмотря на наличие споров о том, какой эффект видеоигры оказывают на жизни людей, будет дана объективная оценка их воздействию с двух сторон: положительной и отрицательной. Для того, чтобы всесторонне проанализировать сущность влияния игр, необходимо рассмотреть социальную, психологическую и физическую составляющую жизнедеятельности человека, уделив особое внимание тому, как видеоигры интегрированы в данные сферы.

Одним из самых главных составляющих жизни человека является его внутренний мир, эмоциональное и психологическое состояние. Как правило, игры оказывают позитивное влияние на настроение людей. Таким образом, мы рассмотрим, как видеоигры способны изменять душевный мир человека. Среди положительных сторон выделяют: способность помочь людям изолироваться от внешнего мира и проблем, снять стресс и тревожность после трудового истощения [2]. Помимо этого, людям, у которых есть трудности с созданием социальных связей, выдается возможность завести знакомства и практиковать коммуникационные навыки на просторах интернета, если речь идет о видеоиграх, которые находятся на онлайн-платформах.

Тем самым, они позволяют преодолевать страх общения с незнакомцами, но не на каждого человека игры могут оказывать позитивный эффект. Это влияние зависит от качеств личности и ее силы духа, поэтому нельзя отрицать деструктивного воздействия игр на благополучие людей. Изолирование от внешнего мира путем видеоигр также способствует закрытию некоторых потребностей, которые люди не могут удовлетворить в реальности. Этот простой способ компенсации нереализованности сфер жизни вызывает у игроков большего желания находиться в виртуальном мире, что переходит в стадию зависимости [2]. В июне 2018 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

классифицировала игровое расстройство как заболевание, включив его в 11-й перечень Международной классификации болезней (МКБ-11) [1]. На протяжении многих лет, ученые спорят о том, вызывают ли жестокие видеоигры вспышки агрессии в реальной жизни и является ли это главной причиной неуравновешенного поведения у молодежи. Так, исследование Йоркского университета в Торонто, включавшее более трех тысяч участников, опровергло существование корреляции между насилием в видеоиграх и поведением в реальном мире [4].

Заключение. В настоящее время большое внимание уделяется сфере образования людей, так как именно благодаря ей складывается мировоззрение каждой личности и формируется будущее человека. Видеоигры и здесь нашли свое применение, развивая умственные способности людей. У человека, играющего в игры, ученые обнаружили увеличение когнитивных функций мозга [3]. Видеоигры способствуют повышению скорости обработки информации, быстрого принятия решений и решению проблем — это объясняется тем, что во многих играх требуется критическое и стратегическое мышление для того, чтобы проходить уровни различной сложности и моментально решать возникающие задачи. Более того, создание виртуальных миров способствовали внедрению в учебный процесс новых технологий для упрощения усвоения информации, предоставленной в интересной форме. Так, например, с помощью образовательной версии игры Minecraft Education Edition, на парах химии студенты могут наглядно изучать структуры молекул, а на биологии - путешествовать внутри человеческого тела и разбираться в принципах его работы. Желание игроков осваивать новейшие, популярные игры и вступать в игровые объединения по всему миру является мотивацией изучения иностранных языков.

Подводя итоги, нужно сказать, что видеоигры способствуют динамичному развитию всех сфер жизни людей. Но только сама личность в зависимости от своих привычек, устойчивой психики и силы духа может сама определить, какое влияние будет оказывать игра на разные стези ее жизни: положительное или отрицательное. Важно соблюдать меру и избегать чрезмерного увлечения видеоиграми, чтобы не стать заложником виртуального мира.

Список литературы.

1.Видеоигры с точки зрения науки. [Электронный ресурс] – URL: https://hightech.fm/2021/02/18/game-benefits-harm (дата обращения 10.09.2025)

2.Влияние компьютерных игр на психику. [Электронный ресурс] – URL: https://www.b17.ru/article/434867/ (дата обращения 10.09.2025)

3.Положительное влияние видеоигр. [Электронный ресурс] – URL: https://dtf.ru/games/26940-ne-reakciei-edinoi (дата обращения 10.09.2025)

4.Связь между жестокими видеоиграми и поведением человека. [Электронный ресурс] – URL: https://www.york.ac.uk/news-and-events/news/2018/research/no-evidence-to-link-violence-and-video-games/

5.Статистика возраста видеоигроков ВЦИОМ. [Электронный ресурс] – URL: https://golnk.ru/3g4wE (дата обращения 10.09.2025)

6.Статистика отношения к видеоиграм. [Электронный ресурс] – URL: https://golnk.ru/K0aKA (дата обращения 10.09.2025)

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-СИРОТАМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ С СЕРЕДИНЫ XIX ДО НАЧАЛА XX ВЕКА

Щека Н.Ю., Приходько К.С.
ФГБОУ ВО Амурский государственный университет

В современном обществе сохраняется серьезная проблема социального сиротства, включая детей, оставленных матерями, рожденных вне брака и помещенных в детские дома. Хотя существует разветвленная сеть учреждений, призванных улучшить жизнь таких детей и помочь им преодолеть трудности, продолжают подниматься спорные вопросы и нерешенные проблемы в сфере семейного права и защиты детства. Это подчеркивает важность изучения исторического опыта форм помощи и поддержки детей для формирования эффективной современной системы социальной защиты детства.

Целью исследования является анализ становления системы социальной помощи детям-сиротам в Амурской области на рубеже XIX–XX веков.

Материалы и методы. В рамках работы проанализированы труды разных ученых, исследователей в области истории социальной работы в России, краеведов: Н.Ф. Басова, В.Л. Власовой, И.А. Горбуновой, С.И. Лазаревой, Е.Д. Максимова, М.Ф. Фирсова, Т.В. Скляр и др.

Результаты и обсуждение. Формирование и развитие системы социальной помощи в Приамурье обладало рядом отличительных особенностей. К ним относились: относительно позднее освоение региона (середина XIX века), существенная географическая отдаленность от центральных областей России, невысокая плотность населения, а также интенсивные миграционные процессы.

В конце XIX века на территории Амурской области сложилась сложная социальная ситуация, характеризовавшаяся низким уровнем жизни. Плохие бытовые условия, недостаток питания, тяжелый физический труд и суровый климат способствовали развитию эпидемий и высокой смертности населения. В этих обстоятельствах возникло новое социальное явление - большое количество беспризорных и брошенных детей. Важную роль в этом процессе играло также вынужденное отсутствие матерей в домашних хозяйствах в течение лета, когда они были заняты на сельскохозяйственных работах [1].

Создание детских приютов в Амурской области стало возможным благодаря принятию в 1891 г. Ведомством учреждений императрицы Марии «Положения о детских приютах». На полное государственное обеспечение принимались дети, оставшиеся без обоих родителей, из малообеспеченных семей, а также осуществлялся дневной присмотр за детьми, чьи родители были вынуждены оставлять их без надзора во время работы.

Исследование архивных документов показало, что в Амурской области в открытии детских приютов активно участвовал Дамский комитет Красного Креста г. Благовещенска, существовавший при Отделении Российского Красного Креста (ОРКК), образованном в 1871г. По прошествии нескольких лет работы под попечительством Дамского Комитета открыли первый приют (1883 г.) и дом призрения сирот (1895 г.) [3].

Тем не менее, из-за нехватки медицинских работников и дефицита кадров эти учреждения были не в состоянии предоставить всем детям необходимую квалифицированную помощь и регулярный уход. Это приводило к трагически высокой смертности среди воспитанников, которая достигала 30-50% от общего числа детей [4].

Важную роль в оказании социальной и медицинской помощи населению играло организованное в Амурской области в 1886 г. Лечебно-благотворительное общество. За время его существования были открыты сиротский приют, сиротский вдовий дом, родильный приют, аптека, амбулатория, больница и богадельня.

В 1894 году Лечебно-благотворительным обществом был создан сиротский дом призрения имени Н.Ф. Арсеньевой для полных и неполных сирот. В 1907 году данное

учреждение было реорганизовано в детский приют, где проживало 69 воспитанников различных возрастных групп (36 мальчиков и 33 девочки) [2].

В начале XX века сеть детских приютов в Амурской области расширилась. Это было связано с последствиями русско-китайского конфликта (1900-1901 гг.), русско-японской войны и революционного движения, когда увеличилось количество неполных семей, малоимущих вдов с малолетними детьми, нуждающихся в заботе и поддержке. Всем им была необходима помощь со стороны местных властей, но из-за отсутствия средств основная тяжесть заботы о них легла на общественные организации и благотворительные структуры.

Вследствие сложившихся обстоятельств, в 1911 году Лечебно-благотворительное общество учредило в Благовещенске приют – сиротский Вдовий дом. В дальнейшем это заведение было расширено и преобразовано в специализированный приют для сирот, рассчитанный на 29 воспитанников (17 мальчиков и 12 девочек), что существенно увеличило возможности по приему нуждающихся детей. [4]. Со временем, в связи с увеличением числа сирот, Вдовий дом был преобразован в Детский приют [1].

В 1910 г. было учреждено Общество Попечения о подкинутых детях, основанное группой частных лиц, включая врача И.М. Хоммера, Р.Г. Будзидовича и Г.Ф. Рубинова, протоиерея О. Вознесенского, врачей Н.Г. Ефимова, Р.А. Егоровской, М.Н. Лаврентьева [5].

Приют был основан в 1910 г. на скромные пожертвования и первоначально размещался в единственной комнате, где здоровые и больные дети содержались вместе под присмотром всего одной няни, без собственного молочного хозяйства. Хоммеру удалось привлечь внимание к приюту как членов городской думы, так и рядовых горожан. Улучшение условий содержания и качества ухода привело к впечатляющим результатам: смертность среди воспитанников сократилась вдвое, часть детей была усыновлена сердобольными горожанами, почти половину забирали обратно их родные матери [6].

Обществом Попечения были организованы дневные «Ясли» для детей дошкольного возраста, куда родители могли временно поместить детей на время работы. Финансирование дневных «Яслей», как и большинства подобных учреждений того времени, осуществлялось исключительно за счет частной благотворительности: регулярных пожертвований, членских взносов, а также средств, собранных посредством организации благотворительных балов-маскарадов, лотерей и праздничных мероприятий [4].

Заключение. Развитие системы социальной помощи сиротам в Амурской области отражало общероссийские тенденции, но имело и специфические региональные черты, обусловленные географической удаленностью и особыми социально-демографическими процессами на Дальнем Востоке.

Список литературы.

1. Власова В.Л. Система воспитания в детских приютах Амурской области в конце XIX – начале XX века и роль благотворительных общественных организаций в их создании // Культура и наука Дальнего Востока. 2020. № 2 (29) С. 67 – 71.

2. История-развития-здравоохранения-Амурской-области-в-документах-и-фотографиях-185-2008 гг. Электронный ресурс. https://tsarslovo.ru/wp-content/uploads/2018/10/a-t-aksjonova-istorija-razvitija-zdravoohranenija-amurskoi-oblasti-v-dokumentah-i-fotografijah-1858-2008.pdf

3. Лазарева С.И. Государственная и общественная помощь населению в городах Дальнего Востока в годы Первой мировой войны (1914 —1917 гг.) //Россия и АТР. 2015. № 1 (87). С. 58—68.

4. Скляр Т.В. Первые дореволюционные учреждения для детей дошкольного возраста в Приамурье //Вестник Забайкальского государственного университета 2008. №6. С. 56 – 59.

5. Социальные службы Приамурья / [авт.- сост. Александра Назарова и др.]. - Благовещенск: Визави, 2011. - 260 с.: ил., портр., цв. ил.

6. 165 историй Благовещенска (конец XIX – начало XX вв.). Документально-публицистическое повествование / В. Кобзарь; [отв. ред. Т.Н. Телюк]. - Благовещенск-на-Амуре, 2021. - 428 с. - (Благовещенск. Из века в век). - Библиогр.: в тексте, 420-422 с.

РАЗДЕЛ 3.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ВЫСШЕМ И СРЕДНЕМ СПЕЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ О РАБОТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УНИВЕРСИТЕТА

Абакарова Э. Г., Каныгина Д. Е.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Психологическая служба – это отдел, целью которого является оказание психологической помощи и поддержки студентам для обеспечения их психологического благополучия, успешной адаптации к учебной среде, а также содействие личностному росту и развитию [2].

Актуальность функционирования психологической службы в университете продиктована современными условиями образовательной среды, где студенты испытывают значительное эмоциональное напряжение, связанное с интенсивным учебным процессом, высокими требованиями, конкуренцией, трудностями в межличностной коммуникации, а также неопределенностью в своем будущем. Психологическая служба университета важна для обеспечения психического здоровья и благополучия студентов, предоставляя им необходимую поддержку для преодоления стресса, управления эмоциями, развития адаптивных стратегий преодоления трудностей и профилактики эмоционального выгорания, что напрямую влияет на их качество жизни.

Цель исследования: изучить уровень осведомленности и удовлетворенности студентов деятельностью психологической службы университета, а также изучить динамику ключевых показателей, отражающих доступность, качество и эффективность предоставляемой психологической помощи.

Методология и методы

Методологической базой исследования явился центр психологической поддержки студентов СтГМУ.

Выборка составила 135 обучающихся первых и шестых курсов университета. Методом исследования стала авторская анкета, состоящая из 10 вопросов отражающая задачи для достижения поставленной цели. Анкетирование проводилось на платформе Google Forms. Полученные данные подвергались описательному, сравнительному и статистическому анализу с использованием программ Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 27.

Результаты

По результатам сравнительного среза показателей опроса, проведенного в 2022 году и опроса, проведенного в 2025 году, где были получены следующие данные.

Осведомленность студентов: показатель отражает эффективность информационной работы, проводимой службой для привлечения внимания студентов к своим возможностям; уровень осведомленности о существовании психологической службы существенно вырос с 85% в 2022 году до 98% в 2025 году.

Доступность помощи: значительное сокращение числа студентов, столкнувшихся с отказом в оказании помощи (с 19% в 2022 году до 3% в 2025 году), свидетельствует о повышении доступности психологических услуг. Вероятно, это связано с расширением штата сотрудников службы, оптимизацией графика работы или внедрением новых форм оказания помощи.

Обращаемость: растущая обращаемость студентов в психологическую службу (с 71% в 2022 году до 87% в 2025 году) отражает не только повышение осведомленности, но и рост доверия к службе.

Удовлетворенность: высокий уровень удовлетворенности студентов оказанными психологическими услугами (95% в 2022 году и 97% в 2025 году) подтверждает эффективность работы сотрудников службы и соответствие предоставляемой помощи потребностям студентов.

Качество помощи: существенное снижение числа случаев оказания неквалифицированной помощи (с 8% в 2022 году до 3% в 2025 году) свидетельствует о повышении профессионализма сотрудников службы и стремлении к постоянному совершенствованию качества оказываемой помощи.

Новые формы работы: активное внедрение групповых форм работы с психологом (78% в 2025 году) значительно расширило спектр услуг, предоставляемых службой, и позволило охватить большее число студентов.

Потребность в круглосуточной помощи: потребность в данной форме квалифицированной поддержки осталась примерно на том же уровне с небольшим увеличением (от 46% в 2022 году до 54% в 2025 году).

Результаты анализа причин обращения студентов в психологическую службу в 2022 и 2025 годах демонстрируют значительные изменения в структуре психологических проблем, с которыми сталкиваются студенты СтГМУ. Категория «Другое», охватывающая неспецифические проблемы, такие как трудности в отношениях и личные кризисы, значительно выросла с 17,5% до 33,7%, что указывает на увеличение потребности в психологической помощи по индивидуальным вопросам, не подпадающим под существующие категории. Проблема академического стресса, связанного с чрезмерной учебной нагрузкой, также усилилась, увеличившись с 15,3% до 19,8%, что подчеркивает необходимость пересмотра интенсивности учебного процесса. В то же время наблюдается положительная динамика в снижении числа обращений с жалобами на депрессию (с 34,2% до 11,2%), агрессивность (с 16,1% до 4,4%) и суицидальные мысли (с 16,1% до 3,1%), что свидетельствует об улучшении системы профилактики и своевременного оказания помощи при этих состояниях. Однако рост числа обращений, связанных с паническими атаками (с 0,8% до 5,4%), и выявление значительной доли обращений с повышенной тревожностью (22,4% в 2025 году) подчеркивают возрастающую актуальность тревожных расстройств в студенческой среде и необходимость разработки специализированных программ поддержки.

В период с 2022 по 2025 год психологическая служба СтГМУ не только зафиксировала позитивные изменения в ключевых показателях своей дея-тельности, но и активно развивала новые формы работы со студентами. Важным этапом в развитии службы стало внедрение регулярных групповых занятий, а также еженедельных тренингов, направленных на развитие навыков, управления стрессом, эффективной коммуникации и разрешения конфликтов. Для обеспечения и доступности краткосрочной терапии, был создан анонимный чат, где каждый студент может задать волнующий его вопрос и получить оперативный и квалифицированный ответ от психолога на платформе теле-грам-канала.

Таким образом, повышение актуальности психологической службы в университете является стратегически важным направлением для обеспечения всестороннего развития и благополучия студентов. Расширение доступа к психологическим услугам, повышение осведомлённости студентов о возможностях службы позволят создать в университете благоприятную среду, способствующую личностному росту, самореализации и формированию здорового поколения, готового к вызовам современного мира.

Список литературы.

1. Андронникова О.О. Психологическая служба в системе выс-шего образования: проблемы и актуальные задачи. Вестник практической психологии образования. 2020. 17(1), 85–94.

2. Величко Г. А., Лизунова Г. Ю., Таскина И. А. Психологическая служба ВУЗа: круг проблем и направления развития // Вестник ГУУ. 2021. №12.

3. Гриднева С. В., Валеева Г. В., Тащёва А. И., Арпентьева М. Р. Психо-логическая служба ВУЗа: ценности и типы решаемых проблем // Вестник ВятГУ. 2022. №2 (144).

ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА

Баева К.Р., Плугина М.И.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Адаптация студентов к обучению в ВУЗе является на сегодняшний день одной из актуальных проблем для системы высшего образования. Это обусловлено тем, что успешность адаптационного периода влияет не только на процесс обучения, но и на формирование личностно-профессиональной позиции студентов как будущих специалистов.

При поступлении в ВУЗ первокурсники уже имеют определенные установки, стереотипы, правила поведения, которые могут быть подвержены изменениями в связи со сменой обстановки, построением новых отношений со сверстниками, а также началом самостоятельной и более взрослой жизни.

И, как показывает практика, большинство студентов начинают испытывать достаточное количество трудностей, связанных с учебой, новым местом жительства и пр. В частности, многие из них пытаются решить задачи, определяемые новым ритмом жизнедеятельности. Однако процесс решения возникающих задач осложняются новым, более высоким уровнем требований, отсутствием привычной помощи со стороны родителей, часто материальными и коммуникативными проблемами. Все это и многое другое приводит к возникновению психологических проблем: тревога, страхи, паника, депрессия, что в впоследствии сказывается на обучении и состоянии психоэмоционального благополучия. И эти изменения особенно заметны в период адаптации.

Все перечисленные и многие другие особенности жизнедеятельности студентов на этапе освоения образовательной среды вуза вызвали интерес к изучению проблемы адаптации первокурсников.

Цель исследования заключается в оценке значимости факторов, способствующих и препятствующих успешной адаптации первокурсников медицинского университета посредством метода ранжирования предложенных факторов.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 25 первокурсников факультета гуманитарного и медико-биологического образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» по направлению «Клиническая психология». Участникам было предложено провести ранжирование 16 факторов как способствующих, так и препятствующих успешной адаптации студентов к образовательной среде вуза (распределение по степени значимости - 1 место – наиболее значимый фактор, 8 место – наименее значимый). Для анализа использовалось суммирование и вычисление среднего ранга каждого фактора, что позволило выделить ключевые и вспомогательные условия, помогающие пройти адаптацию первокурсникам успешно.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования было выявлено, что в качестве наиболее значимых факторов успешной адаптации первокурсники назвали: доброжелательные отношения с сокурсниками (средний ранг 1,71), оптимальный режим обучения (2,57) и доброжелательные отношения с преподавателями (2,71). Средний уровень по значимости для успешной адаптации заняли такие факторы как благоприятный психологический климат (4,43) и собственный потенциал (4,71). Менее значимыми факторами по степени влияния на адаптацию названы: работа с кураторами (6,14), психолого-педагогическая поддержка специалистов (6,57) и советы старшекурсников (7,0). Эти результаты

позволяют сделать вывод о том, что первокурсники мало информированы о специфике деятельности института кураторства и психологической службы вуза.

Не менее интересными стали данные относительно оценки студентами факторов риска для прохождения адаптационного периода. Главным препятствием для адаптации студенты назвали деструктивные отношения в группе (3,25), недоброжелательные отношения с преподавателями (3,63) и бытовая неустроенность (3,75). К средней по степени значимости относительно факторов риска студенты отнесли неудовлетворительное физическое пространство (4,13), отсутствие поддержки специалистов (4,75) и разрыв с близкими (4,75). Менее значимым фактором, препятствующим успешной адаптации, обозначен низкий уровень личной стрессоустойчивости (5,63). Были названы и другие единичные факторы риска, которые препятствовали успешному освоению образовательной среды: нежелание учиться по этой специальности, собственная лень и пр.

Заключение.

Проведенное исследование показало, что ключевую роль в успешной адаптации выполняют социально-психологические условия образовательной среды, также важны общение, поддержка и понимание со стороны преподавательского состава. Все эти факторы оказывают колоссальное влияние на формирование устойчивой безопасности к новой среде, возникновение чувства внутреннего комфорта, а также определяют последующий успех (или неуспех) дальнейшего личностно-профессионального становления.

Однако не стоит забывать и о факторах риска для прохождения адаптационного периода. И, как показало исследования, они определяются деструктивными межличностными отношениями, отсутствием своевременной поддержки со стороны специалистов и бытовыми трудностями. Это подчеркивает, что адаптация первокурсников является сложным процессом, требующим внимания со стороны всех служб вуза и усилий самих обучаемых.

И чтобы облегчить прохождение всех ступеней адаптационного периода, важно дать понять каждому студенту, что этот процесс закономерен, может быть успешно преодолен как посредством использования средового, так и собственного потенциала. А выявление факторов риска поможет боле целенаправленно и адресно оказывать помощь всем, кто испытывает трудности и поддержку в этот период обучения.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в возможности использования факторов, способствующих и препятствующих адаптации студентов вуза, а также при разработке программ, направленных на успешную адаптации первокурсников и организацию работы других субъектов образовательной среды: кураторы, психологи, преподавателей.

Список литературы.

1. Батколина В. В. Адаптация первокурсников к образовательной среде высшего учебного заведения/ В. В. Батколина // Вестник Московского государственного гуманитарного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2018. - №3 – С. 45-52.

2. Шолохова Г.П. Адаптация первокурсников к условиям обучения в вузе и ее психолого-педагогические особенности / Г.П. Шолохова, И.И. Чикова// Вестник Московского государственного гуманитарного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2014. - №2. – С. 12-18.

3. Бочарова, Е. Е. Особенности адаптации первокурсников к учебному процессу / Е. Е. Бочарова // Высшее образование сегодня. – 2020. – № 4. – С. 32–37.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ НАСТАВНИЧЕСТВО СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Диденко М.А., Кондакова Л.И.
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Минздрава России

Наставничество сопровождает студента на протяжении всего периода обучения в университете, охватывая как теоретические, так и приобретение практических навыков. В ходе этого процесса формируются прочные коммуникативные связи и устанавливаются доверительные отношения [1]. Использование научного наставничества в различных формах становится эффективным инструментом для решения задач российского образования, направленных на формирование кадрового резерва для академической науки [2].

Материалы и методы. Проведен анализ практик профессионального научного наставничества на базе Волгоградского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение. Волгоградский государственный медицинский университет активно развивает социальную и профессиональную адаптацию студентов, уделяя особое внимание развитию студенческой активности первокурсников. Наряду с традиционной учебной деятельностью, студенты первых курсов вовлекаются в разнообразные виды внеучебной деятельности, направленные на всестороннее развитие и формирование профессиональных качеств будущих врачей. Университет организует участие студентов в общественных инициативах, научно-исследовательской деятельности, культурных мероприятиях, спортивной деятельности.

Особое внимание уделяется формированию научного сообщества студентов. Научным обществом молодых ученых и студентов (НОМУС) сформирована модель реверсивного наставничества, в котором студенты старшекурсники помогают первокурсниками адаптироваться к специфике академического процесса, осваивать основы исследовательской деятельности и способствуют социальной адаптации студентов.

Для успешного освоения научными основами разработана специализированная программа «Школа молодого исследователя», направленная на формирование базовых компетенций и приобретение практических навыков, необходимых для проведения полноценного исследования: понимание научного метода, разработка дизайна исследования, составление отчетов и подготовки публикаций.

На всех кафедрах действуют молодежные научные объединения (МНО), возглавляемые опытными педагогами-наставниками. Знакомство начинается с изучения истории кафедры, ее научной школы и устоявшихся традиций, что способствует укреплению связей между поколениями ученых. Под руководством педагогов студенты развивают умения практической научной работы, участвуют в подготовке публикаций, выступают на конференциях. Университет систематически поощряет талантливых студентов, поддерживая их участие в мероприятиях различного уровня. Результаты активной деятельности подтверждают эффективность подхода: НОМУС ВолгГМУ неоднократно побеждал на всероссийских конкурсах молодёжных научных обществ, а в 2024 году стал обладателем гран-при конкурса.

Преподаватели на занятиях применяют метод проблемно-ориентированного обучения, стимулируя интеграцию студентов в профессиональную среду и развитию специализированных компетенций: развитие критического мышления, коммуникативная работа, инициативность и т.д.

Заключение. Созданная система профессионального научного наставничества формирует благоприятные условия для социального взаимодействия и культурного

обогащения студентов, способствует глубокому усвоению выбранной специальности и успешной интеграции как в научное, так и профессиональное сообщество.

Список литературы.

1. Кочемасова, Л. А. Научное наставничество в образовательной практике студента педагогического вуза / Л. А. Кочемасова // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. – 2021. – Т. 18, № 1. – С. 29-46. – DOI 10.17673/vsgtu-pps.2021.1.3.

2. Амбарова, П. А. Институциональные модели научного наставничества над студентами российских вузов: организационно-управленческие аспекты / П. А. Амбарова, Н. В. Шаброва // Университетское управление: практика и анализ. – 2023. – Т. 27, № 3. – С. 5-16. – DOI 10.15826/umpa.2023.03.019.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НАВЫКАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Диркс Е.А., Егунова М.А., Диркс И.И.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Медицинская симуляция известна издавна и неразрывно связана с развитием знания медицины и научно-техническим прогрессом [1], широко используется в программах аккредитации и повышения квалификации врачей, но доступ студентов к работе на высокореалистичных симуляторах при обучении на клинических кафедрах в основном отсутствует.

Цель исследования - изучить целесообразность подготовки студентов медицинского университета с использованием гибридного симулятора для овладения навыками гинекологического осмотра.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ результатов анонимного анкетирования студентов 4 курса СибГМУ, которым на одном из занятий в рамках цикла «акушерство и гинекология» была предоставлена возможность работы с гибридным симулятором для обучения бимануальному исследованию «ПелвикМентор». Студентам нужно было ответить на вопросы двух анкет: до (n=64) и после (n=45) работы на тренажере.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, в начале занятия у 35(54,7%) человек присутствует волнение перед клинической практикой. На вопрос «Как Вы считаете, Ваших теоретических и практических знаний достаточно для проведения гинекологического обследования?» 25(39,1%) опрошенных ответило отрицательно, 21(32,8%) - утвердительно, 18(28,1%) - затруднились ответить. Вероятно, это связано с отсутствием у большинства (51(79,7%)) опыта проведения гинекологического осмотра в реальной клинической практике; у 42(65,6%) уже был опыт работы с фантомами. Более 80% опрошенных (n=54) проявили интерес к отработке навыков на тренажёрах. В конце занятия уровень волнения перед прохождением практики с реальными пациентами после работы на симуляторе у 19(42,2%) студентов снизился, 15(33,3%) - не изменился, 4(8,9%) - повысился, а 7(15,6%) не испытывали изначально никакого волнения. У 17(37,7%) человек ожидания от практики на тренажере совпали с реальностью, 16(35,6%) были удивлены, а 12(26,7%) утверждали, что не имели никаких ожиданий. Что касается возникших сложностей, то 27(60,0%) сказали, что для работы с тренажером выделено мало времени, 26(57,8%) - ограниченное количество единиц оборудования, а 18(40,0%) - отсутствие на кафедре симуляторов других видов. Все (100,0%) студенты отметили, что

проведение практических занятий с применением фантомов положительно влияет на процесс обучения, и 42(93,3%) хотели бы, чтобы и другие занятия включали себя отработку практических навыков на симуляционном оборудовании.

Выводы. Результаты проведенного исследования подчеркнули высокую значимость использования симуляторов в ходе занятий. Работа с гибридным симулятором в рамках цикла «акушерство и гинекология» способствовала снижению уровня волнения студентов перед практикой с реальными пациентами. Положительная обратная связь, полученная от работы с симулятором, усиливает учебную вовлеченность студентов, что, может благоприятно сказаться на результатах обучения. Результаты анкетирования позволяют сделать вывод о необходимости увеличения количества подобных занятий в учебном плане.

Список литературы.

1. Гайдуков С.Н., Прохорович Т.И., Земляной Д.А. АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 6. ; URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=28352 (дата обращения: 10.03.2025). DOI: https://doi.org/10.17513/spno.28352

ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАДПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Калин Д.А., Кизилова А.А., Ербалин А.Е., Перепелица И.Н., Тимченко Н.С.
ФГБОУ ВО " Алтайский государственный медицинский университет"

На протяжении всей истории профессия врача считается одной из самых почитаемых и престижных. Врача всегда характеризовали как избранника Божьего. В рамках проводимого лечения врач должен вызывать у пациента чувство доверия и безопасности. Это те условия, которые лежат в основе деятельности врача любой специальности, без которых лечение пациента будет вызывать трудности как со стороны врача, так и пациента, как правило, приводя к нежелательным результатам.

В условиях лечения любого патологического процесса ценность доверия пациента врачу формируется через целенаправленные действия обеих сторона, то есть доверие не является онтологической характеристикой самого взаимодействия в рамках коммуникации «врач - пациент». Пациенту полагается в доступной форме излагать врачу всё, что его беспокоит, указывая на особенности течения процесса, свое понимание причин развития заболевания, а также быть открытым относительно личной информации. Все это в значительной степени создает условия для персонализации медицинского процесса, а, значит, достижения более качественных результатов лечения. В свою очередь, врач не должен выносить за пределы палаты стационара или своего кабинета все те знания о пациенте, которые получены в ходе общения. Тем самым строится надежная взаимосвязь в модели врач-пациент.

В осуществлении такой модели большое значение приобретают не только собственно профессиональные, а также нравственные качества врача, его умение выстраивать эффективную коммуникацию с пациентом. Так, врач должен быть способен сдержанно отвечать на всё, что интересует пациента, начиная с характеристики патологического процесса, в том числе этиологические факторы, патогенез, и заканчивая объяснением плана дальнейших действий, который включает в себя методы диагностики и лечение патологии. При этом данная информация должна представляться пациенту в понятной для него форме и понятным же языком, что помогает не создавать коммуникативные барьеры в общении.

Именно поэтому большую роль в практической деятельности врача играют личные качества: уважение к пациенту, поддержка, проявление чувства сострадания – минимальный набор качеств, которые характеризуют врача. [1].

В свою очередь немаловажная роль принадлежит следующим качествам личности врача: это сострадание, устойчивость к стрессовым ситуациям, терпеливость. Такие качества необходимы врачу любой специальности не только для постановки правильного диагноза, но и грамотно выстроенного диалога в период сбора анамнеза и прослеживание причинно-следственных связей, на основе которых ставится диагноз [2].

Невозможно воспитать такие качества в себе без осознанного желания самого врача, его убежденности и стойкой личной мотивации. Без этих психологический факторов эффект формирования качеств будет весьма низким. Под самовоспитанием понимается деятельность человека, связанная с преобразованием личности ввиду поставленных целей, сформированных идеалов. Готовность оказывать помощь людям путем проявления чувства сострадания и доброты- это то, что начинает зарождаться уже с раннего детства.

Безусловно, саморазвитие и самореализация оказывают огромное влияние на процесс самовоспитания личности врача, ввиду того, что врач постоянно познаёт новое, стремиться к изучению новых методик диагностики и лечения различных патологий организма человека. Лишь пройдя такой сложный путь, как процесс самовоспитания, можно считаться настоящим врачом, способным грамотно подходить к своей работе и быть профессионалом своего дела [3].

Приоритетное место в подготовке будущих врачей, как отмечает М.В. Ширинян, стоит развитие психологической и коммуникативной компетенции. Это обнаруживает себя в правильном понимании психологического фона пациента, коллег, процессов общения, возникающих во время их взаимодействия, структурной составляющей медицины в целом, а также навыков преодоления трудностей, возникающих в ходе решения различных задач, касающихся как профессиональной деятельности, так и жизни, которая происходит за пределами профессиональной сферы. [4].

Таким образом, в настоящее время возрастание внимания к личностно-профессиональным качествам врача обусловлено задачей обеспечения качества медицинской помощи. Эти качества во многом связаны с проблемой формирования и развития надпрофессиональных компетенций. таких как способность к выстраиванию эффективных коммуникаций, работе в команде и командному взаимодействию, саморефлексии и системному мышлению. Надпрофессиональные компетенции оказываются не менее значимыми, чем умение правильно ставить диагноз и находить адекватные способы лечения.

Цель проведенного исследования – провести анализ надпрофессиональных компетенций врача в сфере здравоохранения.

Материалы и методы:

Основным методом исследования выступил анкетный опрос, в котором приняли участие 180 студентов медицинских университетов России. Социально-демографический портрет респондентов выглядит следующим образом: девушки составили 85% анкетируемых, юноши - 15%; в группу в возрасте 22-25лет вошли 67,2% респондентов, 18-21 год - 26,8%, 26-30 лет- 6 %. Больше половины 55,5% участников опроса представлены будущими педиатрами, клиницисты – 26,1%, стоматологи - 10%, провизоры - 8,4%.

Авторская анкета включала в себя вопросы, которые касались представлений студентов о значимых для эффективной профессиональной деятельности качеств специалиста, необходимого набора компетенций, а также моделей взаимодействия с пациентами.

Результаты и обсуждение. Основная часть участников опроса (76,8%) поступили в университет сразу после школы; каждый пятый (21,3%) до обучения в вузе окончил медицинского колледжа, а 1,9% прошли обучения в немедицинскио колледже.

В настоящее время у 67,3% опрошенных есть опыт работы в лечебном учреждении, такого опыта нет у 32,5% студентов. При этом только 21,6% респондентов не планируют трудовую деятельность в период обучения.

При оценке влияния работы в медицинском учреждении во время обучения в вузе положительный ответ дали 71,5%, студентов, полагая, что работая в медицинском учреждении они набираются практического опыта, а это, в свою очередь, формирует определённые компетенции и качества, необходимые в дальнейшей работе. Совмещение работы и обучения в вузе считают неприемлемым для себя 28,5% участников опроса. По их мнению, такое совмещение негативно сказывается на здоровье. Действительно, ввиду высоких нагрузок во время обучения в университете (большое количество заданий и нехватка времени), такое совмещение может приводить к нарушению функций организма.

По результатам анкетирования определены те факторы, которые, по мнению студентов, оказывают сильное влияние на становления медицинского специалиста. Так, одинаково в ответах (по 84,6%) представлены варианты «работа в практическом здравоохранении в процессе обучения в вузе» и «самостоятельная работа врачом после окончания университета». Далее в порядке убывания влияния на формирование специалиста следуют варианты «профессиональная подготовка в медицинском университете» (80,5%); «обучение в клиническое ординатуре» (78,9%); «профориентационные мероприятия во время обучения в школе» (38,4%). Полученные результаты показывают особое значение тех периодов, которые формируют основу профессиональной культуры врача, и это касается, прежде всего, включения в практическую деятельность.

Согласно ответам респондентов, самыми важными характеристиками, которые должен иметь врач, являются: уровень знания медицины (96,2%), грамотность (90,4%), ответственность (90,4%), вежливость (78,8%), коммуникабельность (71,2%), доброта (69,2%), милосердие (63,5%), пунктуальность (61,5%), опрятность (55,8%). Менее важным для врача является чувство юмора (42,3%). Полученные результаты отражают особую ситуацию, связанную с тем, что участники опроса находятся на этапе профессиональной подготовки, когда основной задачей является освоение обширной области профессиональной информации. При этом в формирующемся профессиональном сознании качественное усвоение знаний связывается в проявлением ответственности. Личностно-профессиональные качества находятся в определенной степени на периферии внимания студентов.

Вместе с тем, именно личностно-профессиональные качества врача представляются респондентам наиболее важными, когда речь идет о системе «врач-пациент». Так, на вопрос о том, на что лично анкетируемый при посещении врача обращает внимание, оказалось, что на первом месте стоит отношение к пациенту (98,1%) и лишь потом следует вариант «уровень знания медицины» (76,9%). Также студенты как пациенты обращают внимание на стиль общения (71,2%) и внешний вид врача (57,7%). Такие результаты показывают расхождение в представлениях студентов о профессиональных качествах врача и тем, что они ценят во враче, оказываясь в роли пациента. Это свидетельствует о необходимости целенаправленного воздействия на студентов с целью формирования у них пациенториентированного подхода и тех компетенций, без которых этот подход невозможно практически реализовать. Это умение выстраивать эффективное общение для решения лечебно-диагностических задач и понимание психологических запросов и ожиданий пациента. Чем лучше врач относится к пациенту и интересуется всем, что необходимо для постановки правильного диагноза, тем результативнее будет медицинский процесс.

Полученные ответы свидетельствуют о том, что здесь также основной акцент студенты делают на профессиональные факторы успешной деятельности врача – его знания и умения. Что вполне объяснимо еще не законченным процессом профессионального становления. Но это косвенно свидетельствует о недостаточном понимании будущими врачами того, что их профессиональная деятельность есть соединение профессиональных и надпрофессиональных компетенций. В случае, когда врач не обладает личностными качествами, необходимыми в процессе работы, ему становится тяжело общаться с пациентов и взаимодействовать с коллегами.

Выводы:

Осуществление врачебной деятельности в практическом здравоохранении невозможно без определенных надпрофессиональных компетенций. Пациенториентированный подход в современной медицине требует расширенного понимания врачебного мастерства. Профессионализм врача не ограничивается только знанием новейших и традиционных методов лечения, их умелым применением на практике; для врача необходимо умение находить язык с любым пациентом, желание помочь. Большинство надпрофессиональных компетенций формируются в период обучения в медицинском вузе, и этому следует уделять особое внимание

Список литературы.

1. Хакимова А.Х. Образ идеального врача в представлении пациентов // БМИК. 2021. №8. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-idealnogo-vracha-v-predstavlenii-patsientov

2. Булгина А.Р., Дышниева Н.А. Особенности формирования личности врача // БМИК. 2019. №10. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-formirovaniya-lichnosti-vracha

3. Фомиченко А.А., Куркина Е.В. Роль самовоспитания в формировании личности врача // БМИК. 2019. №10. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rol-samovospitaniya-v-formirovanii-lichnosti-vracha

4. Ширинян М.В., Шустова С.В., Коммуникативная компетенция в профессиональной деятельности врача // Язык и культура. 2020. №50. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnaya-kompetentsiya-v-professionalnoy-deyatelnosti-vracha

РОЛЬ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Клыков Р.Е., Кострова И.В., Приходько О.Б.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России

Деловая игра – один из методов активного обучения, который моделирует реальную работу специалиста, создает учебную среду, максимально приближенную к практической деятельности, формирует профессиональное мышление, повышает мотивацию и вовлеченность участников в решение обсуждаемых проблем, дает эмоциональный толчок к последующей поисковой активности участников, побуждает их к конкретным действиям. В результате процесс обучения становится более осмысленным. Целью исследования явилась оценка эффективности использования деловой игры «Неотложная помощь при синдроме бронхиальной обструкции: купирование обострения бронхиальной астмы» на клиническом практическом занятии по дисциплине «Актуальные проблемы пульмонологии» для студентов 5 курса лечебного факультета.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии имени профессора Ю.С. Ландышева ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. В нем приняли участие 175 студентов 5 курса лечебного факультета. При изучении дисциплины «Актуальные проблемы пульмонологии» студентам была предложена деловая игра «Неотложная помощь при синдроме бронхиальной обструкции: купирование обострения бронхиальной астмы». Эффективность применения деловой игры оценивали путем анализа результатов анкетирования, проводимого среди участников образовательного процесса.

Результаты и обсуждение. Дидактической целью применения деловой игры является формирование профессиональных качеств у студентов посредством погружения их в конкретную ситуацию, смоделированную во время игры.

Студентам при подготовке к деловой игре были предложены роли: пациент, врач приемно-диагностического отделения, врач-пульмонолог, врач-анестезиолог-реаниматолог, лаборант, родственники пациента, заведующий отделением и консилиум врачей.

Ожидаемый результат: систематизация у обучающихся уже имеющихся навыков и умений; закрепление навыков беседы с больным, сбора анамнеза, осмотра, разработки планов обследования, анализа результатов лабораторного и инструментального обследования; формирование профессионального мышления; накопление профессионального опыта; опробование разных стратегий решения поставленной проблемы; приобретение опыта социальной коммуникации и командной работы (опыта работы в коллективе).

Деловая игра характеризуется высокой трудоемкостью в подготовке, как для преподавателя, так и для студентов.

В процессе подготовки к деловой игре студенты проявляют активность в поиске информации, необходимой для решения конкретной поставленной задачи (поиск информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», работа с литературой и т. п.). Это позволяет студентам не только расширить междисциплинарный кругозор, но и значительно повышает интерес к предмету и учебному процессу в целом. А это, в конечном итоге, является конечной целью всего процесса обучения студентов в вузе.

На этапе анализа, обсуждения результатов игры предусматриваются обмен мнениями, выступления экспертов, защита студентами своих решений и выводов. В заключение преподаватель отмечает ошибки, оценивает результат проведенной деловой игры.

Положительное в применении учебных деловых игр:

- как правило, студенты испытывают удовольствие, есть высокая мотивация, эмоциональная насыщенность процесса обучения;
- происходит подготовка к профессиональной деятельности, формируются знания, умения, т.е. студенты учатся применять свои знания;
- послеигровое обсуждение способствует закреплению знаний;
- достигаются комплексные педагогические цели: познавательные, воспитательные, развивающие [1].

По окончании деловой игры студенты проходили анкетирование по поводу эффективности использования данной методики в процессе обучения. Учитывались удовлетворенность учебным процессом, эффективность усвоения учебного материала, удовлетворенность взаимоотношениями с участниками и с преподавателем в процессе деловой игры.

В результате анкетирования выявлено, что 95% студентов удовлетворены данной формой проведения занятия. Преимущества деловой игры перед другими видами обучения заключается в том, что деловая игра, имитируя ситуации, реальные в будущей

профессии, позволяет учиться на своих и чужих ошибках, без ущерба для больного в реальной практике.

Таким образом, опыт проведения деловой игры «Неотложная помощь при синдроме бронхиальной обструкции: купирование обострения бронхиальной астмы» на кафедре госпитальной терапии с курсом фармакологии имени профессора Ю.С. Ландышева является эффективным методом организации и проведения клинических. практических занятий. Деловая игра способствует обмену знаниями, развивает навыки совместной деятельности, моделирует условия профессиональной среды, активизирует познавательную деятельность студентов, повышает заинтересованность в профессии.

Список литературы.

1. Кострова И.В., Приходько О.Б. Деловая игра как форма интерактивного обучения в медицинском вузе // Эффективное управление и организация образовательного процесса в современном медицинском вузе. Вузовская педагогика : материалы конф. / гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2014. – 597 с. С. 515-517

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ»

Козка А.А., Олифирова О.С.

ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия" Минздрава России

Для осуществления профессиональной медицинской деятельности с 2019 года процедуру аккредитации обязаны пройти как выпускники специалитета, так и ординаторы, и врачи прошедшие профессиональную переподготовку [2]. Для контроля степени готовности к профессиональной деятельности аккредитация медицинских работников закреплена в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3]. Аккредитация ординаторов организована согласно приказу Министерства здравоохранения от 21 декабря 2018 года, N 898н [1].

В 2020 году впервые состоялась ПСА по специальности «Хирургия» на базе Аккредитационно-симуляционного центра (АСЦ) ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России.

Цель. Проанализировать результаты проведения ПСА по специальности «Хирургия» за период с 2020-2024гг, выявить основные проблемные вопросы и пути по исправлению их в будущем.

Материалы и методы

Материалом для анализа послужили результаты ПСА 47 аккредитуемых по специальности «Хирургия» за период с 2020 по 2024гг.

ПСА проходила на базе АСЦ ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России и включала 3 этапа: тестирование, объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ), решение ситуационных задач.

Тестирование состояло из 60 вопросов, на его выполнение давалось 60 минут. ""Сдано"" при результате 70% и более правильных ответов.

ОСКЭ предполагает выполнение 5-6 практических заданий за 60 минут. У аккредитуемых по специальности «Хирургия» ОСКЭ включала 6 станций с 2020 -2022гг:

«Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых»

«Экстренная медицинская помощь»

«Закрытие раны» (ушивание кожного дефекта простыми узловыми швами длиной 6 см).

«Техника выполнения оперативных вмешательств» (наложение кишечного шва на поперечный дефект стенки тонкой кишки длиной 3 см).

«Плановая хирургия» (выполнение этапов холецистэктомии: выделение, клипирование и пересечение пузырной артерии и пузырного протока на виртуальном симуляторе «MedVision»).

«Экстренная хирургия» (выполнение дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе).

С 2023г. к вышеописанным ОСКЭ добавили станцию «Проводниковая (футлярная анестезия) по Оберсту-Лукашевичу». В 2024г дополнительно ввели рандомную станцию ""Формирование однорядного межкишечного анастомоза» (формирование непрерывного однорядного кишечного анастомоз по типу «конец-в-конец»).

Решение ситуационных задач проводились в компьютерном формате путем ответа аккредитуемым на 24 вопроса, содержащихся в двух ситуационных задачах (кейсах). На решение одной задачи отводилось 30 минут. А для получения положительного результата необходимо правильно выполнить 17 и более заданий.

Каждый этап оценивался аккредитационной комиссией в формате «сдано» / «не сдано». У каждого участника на прохождение любого этапа было три попытки.

Результаты

1 этап – тестирование в компьютерном формате, вызвал наибольшие затруднения, что связано преимущественно с невнимательностью аккредитуемых. 81% аккредитуемых этот этап сдали с первой попытки, 9 из них - со 2 попытки.

2 этап – ОКСЭ – 100% успешно прошли этот этап с первой попытки, хотя отмечались трудности при прохождении станции «Плановая хирургия». Для прохождения этого этапа имелись все необходимые тренажеры и симуляторы. В частности, для станции «Плановая хирургия» использовался виртуальный симулятор «MedVision», на котором возможно выполнение всех этапов холецистэктомии. Некоторые затруднения были связаны с краткосрочностью заданий. На каждую станцию выделялось по 8 минут.

3 этап - решение ситуационных задач в режиме «мультикейс», в итоге сдали успешно 89% аккредитуемых, за исключением 5, которые прошли этот этап со 2-й попытки.

Обсуждение

Поскольку накоплен достаточно большой организационный опыт аккредитации ПСА других специальностей в ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России и сформирована высокая мотивационная составляющая у аккредитуемых по специальности «Хирургия», мы наблюдали отсутствие серьезных организационных и учебно-методических проблем при проведении ПСА по специальности «Хирургия», что подтверждается неплохими результатами на всех этапах. Результаты аккредитации связаны с предварительной подготовкой ординаторов по тестовым заданиям и ситуационным задачам. Кроме того, в течение года ординаторы в рамках обучающего симуляционного цикла, предусмотренного программой ординатуры, обучались станциям ОСКЭ.

Однако отмечаются некоторые проблемные моменты в плане подготовки аккредитуемых к ПСА, что связано было с поздним появлением паспортов станций по специальности «Хирургия» в открытом доступе, появлением новой коронавирусной инфекции, приведшей к наложению моратория на проведение ПСА (Приказ Минздрава России от 14.04.2020 N 327н).

Выводы

1. ПСА по специальности «Хирургия» прошла успешно.

2. Проведение ПСА по специальности «Хирургия» с 2020г по 2024г показал неплохую подготовку аккредитуемых, отсутствие серьезных организационных и учебно-методических проблем.

3. Необходимо уделить внимание при подготовке аккредитуемых по специальности «Хирургия» на тестирование, ситуационные задачи в компьютерном формате и станцию «Плановая хирургия».

Список литературы.

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 898н "О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н" (Зарегистрирован 14.01.2019 № 53347). URL:http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201901160003 (дата обращения: 11.09.2025).

2. Рудин В.В., Артамонова О.А., Исаева Н.В., Байдаров А.А, Рудавина Т.И. Опыт проведения первичной специализированной аккредитации и первичной аккредитации специалистов ВО на базе Аккредитационно-симуляционного центра «Виртуальная клиника Вагнера» Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера // Виртуальные технологии в медицине. - 2019. - № 2 (22). - С. 43-44.

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ ""Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"". URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/7025 (дата обращения: 11.09.2025).

СТУДЕНЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ КРУЖКИ КАК ДРАЙВЕР ЦИФРОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Кривушина С.А.[1], Крутова В.В.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

[2]ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)»

Поступая в медицинский вуз, первокурсники часто приходят с желанием заниматься наукой, однако сразу включиться в клинические исследования ещё невозможно. Первые шаги в научной деятельности совершаются на кафедрах общих дисциплин – истории, латыни, анатомии, биологии, физики, медицинской информатики. Здесь студенты пробуют свои силы, осваивают основы исследовательской работы и получают первый опыт участия в научных сообществах.

Значительная часть этой деятельности ведётся на кафедре математики, физики и медицинской информатики РязГМУ, где студенты вовлекаются не только в учебный, но и в научный и методический процесс. В студенческом научном кружке (СНК) они получают первую школу науки и площадку самоорганизации. В условиях цифровой трансформации кружок постепенно интегрируется в единую информационно-образовательную среду (ЕИОС) вуза, соединяя учебные курсы, цифровые лаборатории, медиа-контент и студенческие инициативы [1, 2].

Опыт взаимодействия с Российским биотехнологическим университетом («РОСБИОТЕХ») показал, что студенческие научные общества способны выходить за рамки отдельного вуза. Совместные заседания и проекты объединяют студентов разных профилей подготовки и создают условия для развития исследовательских инициатив и

формирования сетевого студенческого сообщества, что наглядно демонстрирует деятельность студенческого научного общества (СНО) РОСБИОТЕХ.

Материалы и методы

Работа СНК на кафедре математики, физики и медицинской информатики РязГМУ охватывает несколько направлений:

- Исследовательская деятельность: эксперименты с использованием цифровых лабораторий Releon, математическое моделирование и статистический анализ.
- Цифровой контент: публикации в Max, «ВКонтакте» и Telegram, видеолекции и мультимедиа, методические и интерактивные материалы.
- Сотрудничество с преподавателями: совместное планирование экспериментов, обработка данных, подготовка публикаций.
- Студенческие мероприятия: заседания, семинары и мастер-классы как часть учебного и культурно-просветительского процесса.
- Межвузовское взаимодействие: совместные проекты и заседания СНК, направленные на объединение разных профилей подготовки и развитие междисциплинарных исследований.

Результаты и обсуждение

Участие в СНК стало для многих студентов первой точкой входа в науку: здесь они учатся формулировать исследовательские задачи, работать с приборами и анализировать данные.

Ключевой особенностью кружка является то, что студенты выступают не только участниками, но и создателями образовательного и научного пространства. Они формируют значительную часть цифрового контента – от постов и видеороликов до методических материалов – тем самым расширяя ресурсы ЕИОС и делая их более доступными и близкими для своих ровесников [3, 4].

Результаты кружковых исследований интегрируются в образовательный процесс кафедры и используются на практических занятиях и элективах, что демонстрирует связь научной и учебной деятельности. Межвузовское сотрудничество показывает потенциал студенческих обществ в развитии междисциплинарных проектов и создании устойчивых научных связей.

Заключение

Студенческие научные кружки играют важную роль в социальной жизни университета, становясь для первокурсников и старшекурсников площадкой самоорганизации, научной коммуникации и профессиональной социализации. Их интеграция в ЕИОС позволяет объединить образовательные, исследовательские и коммуникативные процессы в единую экосистему.

Новизна опыта заключается в том, что кружки рассматриваются как студенческие инициативы, которые не только поддерживаются кафедрами, но и формируют самостоятельные практики цифрового взаимодействия и межвузовского сотрудничества. Практическая значимость состоит в том, что через участие в кружках студенты развивают исследовательские и социальные компетенции, повышают мотивацию и получают возможность включаться в широкую сеть научных связей [5].

Значимым фактором является то, что именно студенты благодаря своей высокой цифровой грамотности зачастую оказываются более подготовленными к использованию новых технологий, чем преподаватели. Это делает их естественными драйверами формирования цифровой образовательной среды университета и усиливает значимость студенческих инициатив для развития научного и образовательного процесса.

Перспективы развития связаны с участием СНО Института промышленной инженерии, ИТ и мехатроники РОСБИОТЕХ. Профильные заседания и исследования в области цифровых технологий, анализа данных и автоматизации могут быть

востребованы в совместной работе с кафедрой математики, физики и медицинской информатики РязГМУ. Это открывает возможности для междисциплинарных проектов на стыке медицины и инженерных наук, расширяет исследовательский кругозор студентов и укрепляет межвузовское сотрудничество.

Список литературы.

1. Авачева, Т. Г. Особенности организации самостоятельной работы при изучении физики студентов медицинского университета / Т. Г. Авачева, О. А. Милованова, А. А. Кривушин // Физика в системе современного образования (ФССО-2023) : Материалы XVII Международной конференции, Санкт-Петербург, 27–30 июня 2023 года. – Санкт-Петербург: Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 2023. – С. 160-166. – EDN XIQXWG.

2. Авачева, Т. Г. Применение информационных технологий для совершенствования преподавания физико-математических дисциплин и развития исследовательской деятельности студентов в медицинском университете / Т. Г. Авачева, А. А. Кривушин, М. А. Шмонова // Биотехнические, медицинские и экологические системы, измерительные устройства и робототехнические комплексы (Биомедсистемы-2021) : Сборник трудов XXXIV Всероссийской научно-технической конференции студентов, молодых ученых и специалистов, Рязань, 08–10 декабря 2021 года. – Рязань: ИП Коняхин А.В. (BookJet), 2021. – С. 3-9. – EDN MPYNVA.

3. Ломоносова А.В., Чучаева К.Ю., Купатенко Я.Г. Роль студенческого научного кружка в формировании выпускников нового формата - врачей-исследователей // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 12, № 4. С. 100-107. DOI: https://doi.org/10.33029/2305-3496-2023-12-4-100-107

4. Сорокова, М. Г. Цифровая образовательная среда университета: кому более комфортно в ней учиться? / М. Г. Сорокова // Психологическая наука и образование. – 2020. – Т. 25, № 2. – С. 44-58. – DOI 10.17759/pse.2020250204. – EDN SDFMJH.

5. Формирование безбарьерной образовательной среды для студентов с нарушением зрения при изучении естественно-научных дисциплин / О. А. Милованова, А. А. Кривушин, Т. Г. Авачева, С. А. Прохина // ОБЖ: Основы безопасности жизни. – 2025. – № 1. – С. 11-17. – DOI 10.55090/19980736_2022_1_11_17. – EDN NVSCBL.

УСПЕШНАЯ АДАПТАЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Кулешова О.А., Плугина М.И.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Современная система высшего образования ставит перед собой важную задачу: подготовить не просто высококвалифицированного специалиста, владеющего необходимыми компетенциями, но и зрелую, целостную личность, осознающую свою роль и ответственность в профессиональном сообществе.

Центральным звеном в этом процессе становления является формирование профессиональной идентичности – сложного, динамического конструкта, который определяется как результат процесса самоотождествления человека с профессией и профессиональным сообществом, интеграции личностных и профессиональных ценностей, норм, стандартов поведения.

Особую остроту и значимость этот процесс приобретает в контексте медицинского образования, где от сформированности профессиональной идентичности напрямую зависят будущие взаимоотношения «врач-пациент», принятие этических решений, проблемы профессионального выгорания и т.д. Однако становление идентичности не происходит в вакууме. Оно инициируется и наиболее активно протекает в рамках первого и самого сложного этапа обучения – этапа адаптации к вузу.

Переход от школьного обучения к университетскому представляет собой классическую ситуацию социально-психологического стресса. Для студента-медика этот стресс усугубляется целым рядом уникальных факторов: колоссальным объемом информации, необходимостью освоения специфического «медицинского» языка, ранним столкновением с вопросами жизни и смерти во время прохождения анатомического практикума, а также высокой степенью ответственности, которая возлагается на него уже с первых курсов [3]. Успешность прохождения этого периода определяет всю дальнейшую образовательную траекторию студента.

Целью данного теоретического исследования является анализ взаимосвязи процессов адаптации и становления профессиональной идентичности у студентов-медиков через призму социологических и психологических теорий, а также исторической ретроспективы.

Материалы и методы. Исследование построено на методологии теоретического анализа и синтеза научных концепций.

При проведении научного исследования использовались следующие методы: сравнительно-исторический анализ для выявления устойчивых и трансформирующихся элементов процесса адаптации в медицине; категориальный анализ ключевых понятий «адаптация», «профессиональная идентичность», «инкультурация»; теоретическое моделирование взаимосвязи компонентов адаптации и структурных характеристик личности.

Результаты и обсуждение. Адаптация в медицинском вузе представляет собой многокомпонентный процесс, включающий: академическую адаптацию (приспособление к специфической системе обучения, объему информации); социально-психологическую адаптацию (интеграция в новую студенческую группу, построение отношений с преподавателями); профессиональную (мировоззренческую) адаптацию (принятие этического кодекса, ценностей и ответственности медицинской профессии, столкновение с клинической реальностью).

Исторически (например, в системе ученичества у Гиппократа или в средневековых университетах) этот процесс был тотальным и неразделимым, где мастер передавал ученику не только знания, но и весь комплекс профессионального этоса. В современном массовом образовании эти компоненты часто разорваны, что создает дополнительные риски для формирования идентичности [2].

Теоретический анализ позволяет утверждать, что успешная адаптация выполняет две критически важные для формирования профессиональной идентичности функции. В первую очередь, снижает когнитивную и эмоциональную нагрузку на студента. Преодолев первоначальный стресс, связанный с новизной, студент высвобождает ресурсы для смысловой переработки профессионального опыта, а не для ситуативного «выживания». И, кроме того, создает «пространство идентификации».

По Э. Эриксону, идентичность формируется через последовательные идентификации с значимыми Другими. Успешно адаптировавшийся студент получает доступ к таким «значимым Другим»: преподавателям-наставникам, успешным старшекурсникам, врачам-практикам, которые выступают ролевыми моделями. Он также интегрируется в профессиональный дискурс и символическое поле сообщества (язык, ритуалы, истории) [4].

Таким образом, адаптация является катализатором процесса инкультурации - погружения в профессиональную культуру. Неуспешная адаптация, напротив, ведет к маргинализации, отчуждению от сообщества и, как следствие, к формированию негативной профессиональной идентичности, что проявляется в росте цинизма, эмоциональном выгорании и академической неуспеваемости [1].

Заключение. Теоретический анализ подтверждает, что адаптация является не просто условием, а сущностным, конституирующим процессом в формировании профессиональной идентичности, обеспечивающим инкультурацию студента в медицинское сообщество. Процесс адаптации исторически эволюционировал от нерасчлененной целостности к сложной системе компонентов, что требует от современного вуза целостного и системного подхода к ее организации.

Основным механизмом влияния успешной адаптации на профессиональную идентичность является создание условий для продуктивной идентификации с релевантными профессиональными ролевыми моделями и снижение деструктивного стресса, блокирующего личностное развитие. Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка комплексной модели психолого-педагогического сопровождения, целенаправленно синхронизирующей процессы адаптации и формирования идентичности на разных этапах обучения в медицинском вузе.

Список литературы.

1. Андронникова О. О., Галузо Н. А., Жданова М. Г. Психологическая характеристика факторов профессионального самоопределения студентов-медиков среднего профессионального образования // Психология человека в образовании. – 2023. – №4. – 15 с.
2. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. 736 с.
3. Чумаков В. И., Чумаков И. В., Шишкина Е. В. Социокоммуникативная адаптация студентов первого курса в медицинском вузе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – №S5. – 8 с.
4. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Флинта, 2006. 352 с.

ВОСПРИЯТИЕ И ОЦЕНКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА СТУДЕНТАМИ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Мкртычева К. Б., Цхвитава Т. Б.
ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России

В современном мире, когда скорость развития всех сфер общества весьма высока, перед высшим образованием актуализируется задача – давать знания, формирующие у обучающихся компетенции на высоком уровне, соответствующие потребностям и запросам современного общества, используя эффективные педагогические подходы. С появлением новых технологий, разработок, изобретений меняется не только образ жизни общества, но и мышление людей, в том числе и обучающихся [3]. Для поддержания должного качества образовательного процесса необходимы условия для его развития и адаптации как к новым методам, открытиям и знаниям, так и к воспринимающим эту информацию индивидуумам, иначе процесс обучения лишается своей сути [2]. Обучение - двусторонний процесс, и в доминанте, его успех зависит от эффективности используемых методов, способствующих восприятию информации обучающимися. Для поддержания

качества подготовки необходимо усовершенствование этого процесса, создание новых подходов комплиментарных для реципиентов образования.

Целью данного исследования является изучение восприятия студентов младших курсов РостГМУ о процессе обучения, их отношения к базовым структурным элементам процесса обучения и оценке их наиболее эффективных форм методом онлайн-анкетирования.

Материалы и методы: Исследование проводилось в 2 этапа. 1-й - изучение и анализ источников по данной тематике (03.2024-08.2025г.); 2-й - эмпирическое исследование и анализ полученных данных (09.2025г.). Критерий включения - студенты младших курсов РостГМУ, выборочная совокупность (n) = 230 респондентов. Основные методы исследования - онлайн анкетирование и анализ, основной инструмент - анкета, составленная в соответствии с принципом валидности. Систематизация и оценка достоверности полученных данных проводилась с использованием программы MS Excel и ручным способом. Статистический критерий достоверности различий Т-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждения: Анализ полученных данных показал: студенты (48%) считают, что успех обучения зависит в равной степени как от них самих, так и от преподавателя. Основным фактором, ответственным за успех в обучении, респонденты выбирают способность запоминать информацию (78%), но вторым по значимости фактором выбрана подача материала преподавателем (76%). Значительная часть студентов (44%) полагает, что процесс обучения должен в равной степени проходить как в университете, так и самостоятельно, и в целом респонденты ожидают реализацию большей части обучения в стенах университета в активном взаимодействии с преподавателями (39,7%). Оценивая роль базовых структурных элементов процесса обучения, 65,6% респондентов видят цель семинарских занятий в обсуждении самостоятельно изученного материала, в диалоге с преподавателем, для объяснения незакрытых вопросов. Целью лекций студентами названы: предоставление всей необходимой для ознакомления с темой информации (36%) и общее введение студентов в круг проблем и понятий данной темы (32%), в целом прослеживается неоднородность ответов, касающихся цели проведения лекций, что может говорить о различном восприятии места лекций в структуре процесса обучения. Используют материалы лекций для подготовки к семинарским и практическим занятиям 86% студентов. Наиболее эффективным способом усвоения информации, по мнению студентов, является обсуждение материала с коллегами и преподавателем (35%.), однако для девушек также важно восприятие с участием визуального и аудио ряда (28%), в то время как для юношей преимущество у визуального ряда (25%). Большая часть респондентов (55%) во время лекции стараются в равной степени уделять внимание и устной, и визуальной информации, но без потери удержания внимания сделать это получается у 52% девушек и 62% юношей. Использование слайдов на лекции является эффективным, по мнению абсолютного большинства опрошенных (88,8%). Оптимальными, респонденты считают: лекцию, с демонстрацией опытного, иллюстративного, аудио- и видеоматериала (43%) и многоцелевую лекцию, основанную на комплексном взаимодействии отдельных элементов: подаче материала, его закреплении, применении, повторении и контроле (41,5%). Для лучшего усвоения материала респонденты предпочитают проводить семинары в формате дискуссий (68%). Для оптимизации процесса обучения респонденты считают необходимым активное использование интерактивных видов взаимодействия преподавателя и студентов (50,8%), а также использование в освоении материала различных техник для запоминания (35%).

Итак, полученные результаты исследования, выявили тенденцию необходимости использования различных педагогических методик, включающих интерактивное взаимодействие преподавателей со студентами, работу с готовой выверенной

информацией в группе в формате дискуссий, что коррелирует с результатами исследований других авторов [4,5].

Выводы:

1. Студенты осознают, что процесс обучения двусторонен и его успех зависит не только от педагогического мастерства преподавателей, но и в равной степени от их самостоятельной подготовки.

2. Целью семинаров, студенты определили необходимость разбора изученной информации, ее закрепления и уточнения наиболее неясных моментов, в то время, как цель лекции у респондентов, однозначно не определена (статистические различия согласно критерию Стъюдента незначимы).

3. Процесс обучения с использованием визуальной и аудиоинформации, а также обсуждения в группах изучаемого материала, оцениваются студентами как наиболее эффективные методы обучения.

Список литературы.

1. Ельцова Л.Ф., Ельцов А.В. О реализации принципа интеграции в организации обучения в медицинском вузе (на примере преподавания дисциплины ""Латинский язык"") // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2019. №1 (24). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/o-realizatsii-printsipa-integratsii-v-organizatsii-obucheniya-v-meditsinskom-vuze-na-primere-prepodavaniya-distsipliny-latinskiy-yazyk (дата обращения: 21.06.2024).

2. Ковшова Т.П., Гакельберг Т.Б. К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ // Образование и проблемы развития общества. 2020. №2 (11). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-effektivnosti-obucheniya-v-vuze (дата обращения: 28.06.2024).

3. Лазаренко В.А., Калуцкий П.В., Дрёмова Н.Б., Овод А.И. Адаптация высшего медицинского образования к условиям цифровизации здравоохранения // Высшее образование в России. 2020. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya-k-usloviyam-tsifrovizatsii-zdravoohraneniya (дата обращения: 15.07.2024).

4. Ощепкова О.В. Психофизиологические закономерности восприятия студентами визуальной информации как обоснование принципа наглядности обучения в вузе // Вестник Самарского юридического института. 2018. №2 (28). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologicheskie-zakonomernosti-vospriyatiya-studentami-vizualnoy-informatsii-kak-obosnovanie-printsipa-naglyadnosti (дата обращения: 10.07.2025).

5. Старикова, И. В. Эффективности использования интерактивных методов обучения в медицинском вузе / И. В. Старикова, Т. Н. Радышевская, Н. Ф. Алешина // Colloquium-Journal. – 2018. – № 4-2(15). – С. 28-30. – EDN YWPNZK (дата обращения: 11.07.2025).

6. Челнокова Е.А., Жидков А.А. Особенности применения интерактивных методов обучения в среднем профессиональном образовании // Научен вектор на Балканите. 2020. №3 (9). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-primeneniya-interaktivnyh-metodov-obucheniya-v-srednem-professionalnom-obrazovanii (дата обращения: 11.07.2025).

АНАЛИЗ ДИСТАНЦИОННОГО ФОРМАТА ОБУЧЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ПЕДАГОГИКЕ

Нетесова Е.А, Куликова С.Ю.
ФГБОУ ВО "Сибирский государственный медицинский университет" Минздрава России
ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный архитектурно-строительный университет (Сибстрин)"

В педагогике существует несколько подходов: системный, личностный, деятельностный, полисубъектный (диалогический), культорологический и другие [1]. Но в последние несколько лет их сущность стала претерпевать некоторые изменения, ввиду появления в образовательном процессе средств дистанционного обучения. Данный формат представляет собой одну из форм получения знаний, при которой обучающийся и преподаватель взаимодействуют друг с другом посредством цифровых дистанционных технологий: при помощи интернет-подключения, используя мультимедийные презентации, видеоуроки, онлайн-платформы [2,3]. Такой вид взаимодействия педагогов с обучающимися осуществляется на основе системного подхода в педагогике: образовательные цели достигаются общением преподавателя и студента при помощи методов и форм дистанционного обучения. Этот вид получения знаний отражает все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения), но имеет ряд особенностей, касающихся методологии преподавания, которые рассматривает данная работа [4].

Для выявления интересующих аспектов был выбран метод массового сбора материала - анкетирования. Заочное анкетирование проводилось с использованием бесплатного сервиса Yandex Forms. Для проведения опроса был составлен перечень вопросов о дистанционном обучении, его достоинствах и недостатках. Количество участников составило 150 человек. Поло-возрастная характеристика опрашиваемых не учитывалась, но категориально респонденты делились на 3 группы: школьники, студенты и педагоги (преподаватели и учителя). Среди студентов были представители как очных, так и очно-заочных форм обучения. Для представления полученных результатов использовались гистограммы.

По результатам опроса было установлено, что более половины участников образовательного процесса предпочли смешанный формат обучения, в рамках которого некоторые лекции проводились бы в дистанционном виде. Примечательно, что исключительно дистанционный формат (количество голосов <10%) преимущественно выбирали студенты, занимающиеся в очно-заочных группах, то есть тех, где дистанционное обучение имеет наибольшую повседневную распространённость.

Среди полученных результатов также было отмечено, что дистанционные занятия, являясь отличной от привычных схем взаимодействия учащийся-педагог и учащийся-учащийся, могут приводить к проблемами с взаимодействием и взаимопониманием, способствует более расслабленной подготовке к занятиям, снижает объём и качество усваиваемой информации, ограничивает возможности проведения занятий в "нестандартном" формате (работа в группах, интерактивы и прочее).

Также такой формат ведёт к снижению физической активности, вследствие чего появляется необходимость компенсировать этот недостаток, а постоянные занятия в таком режиме соотносятся с рисками заболеваний органов зрения и опорно-двигательного аппарата [5].

В заключение следует отметить, что не смотря на то, что применения дистанционных технологий в сфере образования оказывают влияние на реализацию педагогических подходов, успешность и качество проведения занятий всё же во многом зависит от организаторских способностей преподавателей и должны быть нацелены на

максимальную заинтересованность и задействованность участников образовательного процесса.

Список литературы.

1. Ахвердиев, Камиль Н. Основные методологические подходы в педагогике / Камиль Н Ахвердиев. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2010. — № 6 (17). — С. 308-310. — URL: https://moluch.ru/archive/17/1674/.

2. Анализ опыта применения дистанционных технологий с точки зрения участников образовательного процесса / С.Ю. Куликова, А.А. Нетесова, Е.А. Нетесова // Инновационные технологии в инженерной графике: проблемы и перспективы : сб. тр. Междунар. науч. практ. конф. (Брест, Республика Беларусь, Новосибирск, Российская Фе дерация, 22 апр. 2025 г.) / М-во науки и высшего образования Российской Федерации, Новосиб. гос. архитектур.-строит. ун-т (Сибстрин), М-во об разования Республики Беларусь, Брест. гос. техн. ун-т ; отв. ред. К.А. Вольхин. – Новосибирск: НГАСУ (Сибстрин), 2025. – С. 123–128.

3. Преснякова, М. Суть, терминология и особенности дистанционного обучения / М. Преснякова. – Текст : электронный // Vuz24.ru. Центр дистанционного образования. – URL: https://vuz24.ru/ (дата обращения: 28.08.2025).

4. Полат, Е.С. Теория и практика дистанционного обучения : учеб. пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева ; под ред. Е.С. Полат. – Москва : Академия, 2004. – 416 с.

5. Какой вред наносит человеку компьютер [Электронный ресурс]. - ФБУЗ "Центр гигиенического образования населения", Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека. - URL: https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/zdorovyy-obraz-zhizni/kakoy-vred-nanosit-cheloveku-kompyuter/

РОЛЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ» В ФОРМИРОВАНИИ МОТИВАЦИИ К БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВУЗОВ

Сахарова Л.Г., Богданова М.В., Галяпина К.И., Люмина К.И.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский химико-фармацевтический университет» Минздрава России

Первостепенной задачей химико-фармацевтического вуза является подготовка высококвалифицированных работников для фармацевтической отрасли. Мотивация учебной деятельности студентов относится к числу профессионально значимых личностных характеристик. В начале XXI века в педагогике высшей школы сохраняется интерес к проблеме развития мотивации обучающихся к учебной и будущей профессиональной деятельности.

Миссии российских химико-фармацевтических вузов соответствует идеям «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» в плане достижение целей государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала, которое обеспечивается путем решения следующих задач: «повышение качества и доступности медицинской помощи, включая вакцинацию, и лекарственного обеспечения; обеспечение устойчивости системы здравоохранения, ее адаптации к новым вызовам и угрозам, в том числе связанным с распространением

инфекционных заболеваний, создание резервов лекарственных препаратов и медицинских изделий [3].

Из этого следует, что обучающиеся химико-фармацевтических вузов важна как внутренняя мотивация (познание нового, творческая и созидательная деятельность), так и внешняя мотивация, к которой мы отнесем необходимость быть полезным обществу, своей Родине, способствование ее стабильному развитию и процветанию). Именно мотивация задает смыслы учения и профессионального становления.

Цель исследования: Определить ряд методов и приемов формирования внешней мотивации к будущей профессиональной деятельности у обучающихся химико-фармацевтического вуза в контексте преподавания дисциплины «Основы российской государственности».

Материалы и методы: анализ научной педагогической и правовой литературы, учебно-методических пособий и рабочих программ дисциплины «Основы российской государственности» и интервьюирование обучающихся 1 курса.

Результаты

Курс «Основы российской государственности» (далее - ОРГ) оперирует категориями различных гуманитарных наук (история, правоведение, экономика, философия и др.) и данная дисциплина важна в контексте формирования социальной мотивации к будущей профессиональной деятельности, гражданственности и противодействия угрозам национальной безопасности. Подробное изучение ценностных координат и других компонентов дисциплины – более целостное и последовательное воздействие на формирование социальной мотивации к будущей профессиональной деятельности обучающихся химико-фармацевтических вузов.

Анализ учебно-методических комплексов и учебных пособий по дисциплине «Основы российской государственности» для обучающихся по различным специальностям и направлениям подготовки химико-фармацевтической направленности на базе ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет «Минздрава России показал, что все разделы дисциплины (Что такое Россия, Российское государство-цивилизация, Российское мировоззрение и ценности российской цивилизации, Политическое устройство России, Вызовы будущего и развитие страны) включают в себя изучение вопросов связанных с изучением значимости фармацевтической отрасли для укрепления национальной безопасности Российской Федерации, ознакомление с великими открытиями в области химии и фармации, изучение биографий героев-России фармацевтов и химиков, опыта работы фармацевтических предприятий и вузов в условиях военного времени и глобальных эпидемий [1,2]. По итогом интервьюирования студентов 1 курса в 2025 году, в котором приняло участие 156 человек, тоже был сделан вывод об интересе их именно к этим вопросам. Респонденты отмечают высокий интерес к учебнику «Основы российской государственности» для естественно-научных специальностей [2]. Проиллюстрируем данный вывод рядом заданий, к выполнению которых студенты проявляли наибольший интерес:

1. Раздел 1. «Что такое Россия»:

- «В отечественном сельском хозяйстве существует отрасль – лекарственное растениеводство. Отрасль эта играла важную роль в развитии отечественной фармакопеи. Дикорастущая флора России представлена более чем 2250 видами лекарственных растений (по оценке на 2016 г.), используемыми в народной и традиционной медицине.

Вопросы:

1. Запасы каких лекарственных растений наиболее характерны для Центральной части России?
2. Ресурс каких лекарственных растений наиболее характерен для Дальнего Востока?

Какие лекарственные растения произрастают в Ленинградской области?

-«Пандемия COVID-19 – пандемия из-за распространения коронавируса SARS-CoV–2. Охарактеризуйте основные мероприятия (не менее трех) по преодолению российским обществом и государством данного испытания. Можно указать достижения в области разработки лекарств по борьбе и профилактике вируса».

Раздел 5. Вызовы будущего и развитие страны:

«Групповой мини-проект: Предложите 3 - 4 меры к стратегии развития фармацевтической промышленности в Российской Федерации, опираясь на задачу Президента Российской Федерации В.В. Путина, который поручил ""Правительству Российской Федерации: <…> представить предложения о целесообразности корректировки стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2030 года в целях обеспечения технологического суверенитета РФ в сфере здравоохранения».

Заключение

Таким образом, дисциплина «Основы российской государственности», выполняет не только свою главную задачу расширение мировоззренческой и гуманитарно-просветительской подготовки кадров высшей квалификации, но способствует мотивации к будущей профессиональной деятельности. Данная дисциплина помогает пониманию будущими специалистами химико-фармацевтического профиля своей роли в развитии государства и национальной безопасности. Химико-фармацевтические вузы России при разработке рабочих программ по дисциплине «Основы Российской государственности» ориентированы на решение этой задачи.

Список литературы.

1. Воробьева С.А., Завершинская Н.А., Каспаров А.И., Неронова М.В., Неронов А.В., Плешаков И.Н., Сахарова Л.Г. Основы российской государственности. Практикум для студентов СПХФУ, обучающихся по всем направлениям подготовки. – СПб.: Изд-во СПХФУ, 2025.– 122 с.

2. Основы российской государственности: учебное пособие для студентов естественнонаучных и инженерно-технических специальностей / рук. проекта А.А.Ларионов (иеромонах Родион), науч. ред. П.Ю.Уваров, ред. О.А. Чагадаева /Авт. колл.: А. П.Шевырёв, В.В.Лапин, С.В.Рогачёв, А.В.Туторский, П.Ю.Уваров, А.А.Ларионов (иеромонах Родион), В. С.Еремин, Н.Ю. Пивоваров, О.А.Ефремов, Е. А. Маковецкий, Е. А. Овчинникова, Д. А. Андреев, В. В. Булатов, О. А. Чагадаева. — Москва : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2023.- 423 с.

3.Указ Президента РФ от 2 июля 2021 г. N 400 ""О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации//URL: https://base.garant.ru/401425792/ (дата обращения6 13.08.2025).

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ СО ШКОЛЬНИКАМИ В ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ВУЗЕ

Сахарова Л.Г., Дмитрук Е.А., Колган Н.Р., Кудрявцева Д.М., Попов Н.С.
ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский химико-фармацевтический университет» Минздрава России

В 2023 году утверждена Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2030 года («Фарма-2030»), которая ориентирует на подготовку высококвалифицированных кадров для развития данной сферы [3].

Успешность в освоении образовательной программы, в формировании профессиональных компетенций и дальнейшей карьере в сфере здравоохранения во

многом определяется мотивацией учебно-познавательной деятельности студентов фармацевтических вузов, поскольку она напрямую влияет на их вовлеченность в учебный процесс, на успеваемость, на их готовность к профессиональной деятельности. Формирование мотивации осуществляется в рамках профориентационной работы вуза с будущими абитуриентами. Проблема заключается в поиске наиболее эффективных форм и методов воспитания ориентирующего на выбор будущей профессиональной деятельности, которая связано с химико-фармацевтической отраслью. Одним из направлений традиционно в отечественной педагогике являлось экологическое воспитание.

Результаты и обсуждение. Экологическая профессиональная ориентация- новое направление в профессиональной ориентации молодежи, включающее в себя систему форм, методов и мероприятий, направленных на формирование экологического профессионального самоопределения.

Цель работы: Выявить наиболее эффективные формы профориентационной работы химико-фармацевтических вузов России в контексте идей экологического воспитания.

Материалы и методы: анализ научных педагогических трудов по проблеме, а также анкетирование и интервьюирование студентов 1 курса ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский химико-фармацевтического университета» Минздрава России (далее СПХФУ) с целью выявления наиболее эффективных форм работы.

Освоение профессии химико-фармацевтической направленности предусматривает наличие экологической сознания. Например, требование к освоению образовательной программы по специальности 33.05.01 «Фармация» включают необходимость овладения универсальной компетенцией УК -08, в соответствии с которой выпускник должен «создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества»[2].

Задачами экологического воспитания будущих студентов химико-фармацевтического вуза являются: формирование основных природоохранные умений и навыков, побуждающих молодежь к применению полученных теоретических знаний на практике; привлечение учащихся к научно-исследовательской работе по охране окружающей среды в контексте профессиональной деятельности; воспитание экологического сознания у молодежи, способности быть защитником природы.

С целью определения наиболее актуальных для потенциальных абитуриентов форм профориентационной работы в контексте экологического воспитания в 2025 году нами было поведено локальное социологическое исследование на основе методов анкетирования и интервьюирования. В исследовании приняло участие 136 обучающихся 1 курса СПХФУ. Участникам исследования было предложено распределить в порядке предпочтения ряд наиболее распространенных традиционных форм организации экологического воспитания старшеклассников[1], в том числе, широко применяемых в СПХФУ.

Были получены следующие результаты: 1)экскурсии в музеи и лаборатории вузов химико-фармацевтической направленности с целью изучения опыта поддержания экологической безопасности страны (32 % респондентов); 2)научно-исследовательская работа, конкурсы научных работ, плакатов, эссе (29 % респондентов); 3)экскурсии, путешествия в аптекарские огороды, парки, ботанические сады, которые ориентируют на участии в восполнении природных ресурсов (24% респондентов); 4)сбор лекарственных растений и работа на пришкольном участке, участие в озеленении родного края, где учащиеся получают первые практические навыки по изучению и охране природы (15 % респондентов).

Респонденты также отметили, что для них наиболее были полезны в плане выбора будущей профессии экскурсии в лаборатории университета и научные

конференции/конкурсы, где они могли ознакомиться с историческим опытом формирования экологических знаний: ознакомление с биографиями выдающихся ученых, подвигами ученых по сохранению экологической безопасности страны, работой кружков юных натуралистов в советский период, опытом организации работы по сбору лекарственных растений советскими школьниками.

Заключение

Таким образом, результаты исследования позволили сделать вывод, что ряд традиционных форм экологического воспитания, активно применяемых в советской педагогике, сохраняют свою актуальность на современном этапе развития высшей школы в плане организации профориентационной работы вузов химико-фармацевтического профиля (экскурсия в музеи и лаборатории вуза, научно-исследовательская работа, экскурсии в парки и аптекарские огороды, сбор лекарственных растений и озеленение родного края). Наполнение их новым содержанием будет способствовать профессиональному самоопределению старшеклассников и повышению мотивации к учебной деятельности.

Список литературы.

1.Попцова Л.Г. Из истории работы по экологическому воспитанию школьников в 1950–1980 годы (По документам ГАСПИ КО)// Герценка: вятские записки. Выпуск №32.- С.252-256.

2. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27 марта 2018 г. N 219 ""Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 33.05.01 Фармация"" (с изменениями и дополнениями) Редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020.

3.Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2030 года («Фарма-2030»). Распоряжение №1495-р Правительства РФ от 7 июня 2023 года.

ЧАСТОТА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САЙТОВ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ СТУДЕНТАМИ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ СТАВРОПОЛЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Семыкина Д.А., Шахбанова Н.К., Малыхин Ф.Т.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

В современном мире электронные устройства (гаджеты) стали неотъемлемой частью жизни, и жизнь студентов - не исключение [4, 7]. Электронные устройства (обычно это смартфоны, планшеты и ноутбуки), дают быстрый доступ к информации, развлечениям и социальной коммуникации, предоставляют возможность обмениваться информацией, учебными материалами и получать доступ к образовательным ресурсам [2]. Почти половину (46%) из этого времени могут занимать социальные сети и мессенджеры, книги и подкасты — ~20%, браузеры — 21%, музыка — 10% [2].

Цель исследования: изучить продолжительность использования в учебном процессе и в течение суток экранного времени смартфона/социальных сетей студентами высших учебных заведений г. Ставрополя [9]. Для оценки применен хорошо зарекомендовавший себя в практике метод онлайн-опроса [1, 3, 5, 6, 8].

Материалы и методы. Через онлайн-платформу (Гугл-форма) проведен опрос 300 студентов 3 курса трёх ведущих вузов города Ставрополя: Северо-Кавказского федерального университета (СКФУ), Ставропольского государственного аграрного университета (СтГАУ) и Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ). В исследовании приняли участие 300 студентов, в равном количестве от каждого университета (по 50 женщин и 50 мужчин). Участие студентов добровольное, обеспечена конфиденциальность данных. Опрос проведен с применением адаптированной анкеты «Использование социальных сетей», содержащей 26 вопросов [10]. Данные получены с 1 октября 2024 г. по 28 февраля 2025 г. Критерий отбора студентов в категорию отличников: средний балл зачетной книжки 4,5 и > баллов. Критерий исключения из исследования: обучение студентов на 1-2 и 4-6 курсах университетов.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики: t-критерия Стьюдента, критерия хи-квадрат, точного критерия Фишера, ранговой корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Поскольку специфика обучения студентов СтГМУ в значительной степени отличается от таковой в других вузах, результаты их опроса рассмотрены в сравнении с суммой СтГАУ + СКФУ («другие вузы»).

Вопрос: «Использую социальные сети во время занятий». Среди отличников-мужчин и женщин СтГМУ наблюдается наименьшее использование социальных сетей во время занятий: ответ «никогда» - 10 % у мужчин (другие - 34 %, p=0,012) и 8 % у женщин (другие - 12 %, p=0,03). Ответ «Всегда» у женщин-хорошисток других вузов составил 37 % (p=0,04 в сравнении с аналогичной категорией СтГМУ, 20 %), а мужчин-хорошистов – 60 % (лидирующее место, p=0,02, СтГМУ 30 %). Ответ «всегда» прозвучал от 51 % мужчин-троечников (СтГМУ 31 %, p=0,02) и 71 % женщин-троечниц других вузов (43 % СтГМУ, p=0,05). У студентов-троечников СтГМУ ответ «часто» превалировал и составил 25 % (другие вузы 15% женщины и 7% мужчины, p=0,016).

Вопрос: «Использую сайты социальных сетей в течение «х» часов в сутки»: выбрали ответ «более 6 часов» 67 % мужчин-отличников других вузов (12 % СтГМУ, p=0,05) и 59 % женщин-отличниц (13 % женщин-отличниц СтГМУ, p=0,02). Максимальный выбор ответа «менее часа» у 37 % женщин-отличниц СтГМУ (12 % другие вузы, p=0,04), и «3-4 часа» у 20 % мужчин-отличников (22 % другие вузы, p=0,04). Наибольший выбор ответа «менее часа»: у 34 % мужчин-хорошистов СтГМУ (20 % другие вузы, p=0,02), и у 27 % женщин-хорошисток (15 % другие вузы, p=0,03). Показатель использования «3-4 часа»: 30 % мужчин-хорошистов СтГМУ (27 % другие вузы, p=0,05), и 28% женщин-хорошисток (15 % другие вузы, p=0,012). Ответ «более 6 часов» выбрали 32 % мужчин-хорошистов других вузов (16 % СтГМУ, p=0,02) и 37 % женщин-хорошисток (15 % СтГМУ, p=0,04).

Ответ «3-4 часа» выбрали 25 % мужчин-троечников СтГМУ (26 % других вузов, p=0,05), а 30 % женщин-троечниц выбрали ответ «менее часа» (21 % других вузов, p=0,032). Ответ «менее часа» мужчины-троечники других вузов выбрали в 34 % случаев (15 % СтГМУ, p=0,02), а «более 6 часов» - 32 % (13 % СтГМУ, p=0,05). Поскольку использование социальных сетей у этой категории студентов-троечников занимает две полярные позиции, то можно предположить, что мужчины-троечники, использующие в течение суток соцсети существенно меньше, могут относиться к группе студентов, совмещающих учебу с работой. Жещины-троечницы других вузов выбрали в большинстве случаев использование соцсетей 6 часов и более (29 %, p=0,05 в сравнении с женщинами-троечницами СтГМУ, 26 %).

Следует отметить, что результаты данного исследования имеют определенные ограничения. В частности, данные, собранные через опросы, основаны на самоотчетах, что может привести к предоставлению студентами не совсем точной информации и возможному смещению контингента исследования в сторону более активных его участников. Кроме того, наша выборка не является сплошной, имеет ограничения и по

этому параметру. Вместе с тем, результаты исследования подтверждают, что в период обучения студенты, прежде всего студенты-медики, получают большую нагрузку и не только умственную, но и эмоциональную [4].

Выводы.

1. Среди студентов из категорий отличников-мужчин и отличниц-женщин СтГМУ наблюдается наименьшее использование социальных сетей во время занятий по частоте и продолжительности, очевидно, за счет преобладания лучшей предварительной подготовки и преимущественно самостоятельной работы в ходе занятий. Студенты других университетов города более активно используют социальные сети во время занятий, чем студенты СтГМУ.

2. Исследование показало, что значительная часть опрошенных мужчин-отличников из других университетов города проводит в социальных сетях более 6 часов в день, при этом мужчины проявляют большую зависимость от них по сравнению с женщинами.

3. Различия данных по использованию в учебном процессе и в течение суток экранного времени смартфона/социальных сетей студентами разных высших учебных заведений г. Ставрополя могут быть связаны с преобладающими особенностями учебного процесса и требований преподавателей различных направлений и предметов обучения в разных вузах.

Список литературы.

1. Геворгян А.А., Золошвили А.Г., Крон А.В., Малыхин Ф.Т. Изучение возможностей применения телемедицины в медицинской практике Ставропольского края. В сборнике: Медицинская наука без границ. Сборник материалов международного молодежного форума. Ставрополь, 2024. С. 81-82.

2. Голубкина К.В., Абрамян С.К. Использование гаджетов в студенческой среде и их воздействие на здоровье студентов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024; 32(s1): 577-581. DOI: http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-577-581

3. Дзанаев Н.А., Малыхин Ф.Т., Ушакова М.Е. Исследование информированности студентов различных вузов о проблеме табакокурения/вейпинга. В сборнике: Медицинская наука без границ. Сборник материалов международного молодежного форума. Ставрополь, 2024. С. 89-91.

4. Иевлева О.В. Оценка риска использования мобильных электронных устройств для здоровья студентов-медиков. Российский вестник гигиены. 2022; (2): 37–41. DOI: 10.24075/rbh.2022.048

5. Малыхин Ф.Т. Исследование использования различных вариантов современной и альтернативной медицины в целях обеспечения здорового долголетия. В книге: Здоровое долголетие и персонализированная медицина. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Казань, 2025. С. 68-69.

6. Малыхин Ф.Т. Соматоневрологические расстройства в постковидном периоде у студентов по данным анкетирования. В сборнике: Неврология и соматика: глобальный взгляд на проблему мультиморбидности. Сборник тезисов I Международного междисциплинарного конгресса, посвященного 105-летию Приволжского исследовательского медицинского университета. Нижний Новгород, 2025. С. 34-36.

7. Павлова М.В. Исследование проблемы влияния гаджетов на психосоматическое и физическое состояние обучающихся студентов колледжа. Педагогическое мастерство. https:// pedm.ru›categories/3/articles/2804. Дата обращения 25.08.2025.

8. Романова Е.А., Малыхин Ф.Т. Анализ использования жителями Ставропольского края официальной медицины и методов альтернативной медицины. В сборнике: Медицинская наука без границ. Сборник материалов международного молодежного форума. Ставрополь, 2024. С. 134-136.

9. Уткин С.О., Шейко Г.А. Анализ влияния гаджетов на студентов: благоприятные и негативные аспекты. Теория и практика современной науки. 2024; 1(103): 110-112.

10. Alshanqiti A, Alharbi OA, Ismaeel DM, Abuanq L. Social Media Usage and Academic Performance Among Medical Students in Medina, Saudi Arabia. Adv Med Educ Pract. 2023 Dec 14;14:1401-1412. doi: 10.2147/AMEP.S434150.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Соколова В.Н., Портнова А.Г.

ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Минздрава России

Эмоциональная стабильность и развитые эмпатические способности являются ключевыми профессиональными качествами врача, работающего в условиях хронического стресса. Формирование этих компетенций, в частности эмпатии, должно начинаться на этапе обучения в медицинском университете. Современные исследования указывают на существенную роль личностных характеристик, таких как экстраверсия-интроверсия и уровень нейротизма, в развитии эмпатических способностей у студентов-медиков [1, 2].

В исследовании приняли участие 122 студента СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Для диагностики свойств темперамента (нейротизм, экстраверсия/интроверсия) применялся опросник Г. Айзенка. Уровень эмпатии оценивался по методике В.В. Бойко. Статистическая обработка данных включала расчет первичных статистик и корреляционный анализ по Спирмену (при $p \leq 0,05$) с помощью программы Statistica

Диагностика свойств темперамента по методике Г. Айзенка выявила у испытуемых нормативный уровень нейротизма (M=12.6), что свидетельствует об умеренной эмоциональной устойчивости. Шкала «экстраверсия – интроверсия», описывающая ориентацию личности на внешний мир (общительность, активность) или внутренний мир (сдержанность, самоконтроль), также показала среднее значение M=12.6, указывающее на сбалансированность данных характеристик в выборке.

Результаты диагностики эмпатии (опросник В.В. Бойко) показали преобладание в выборке уровня ниже среднего (M=17,2; 97 человек). Группа с уровнем эмпатии выше среднего составила 25 человек (M=26,0).

Статистически значимые взаимосвязи между изучаемыми параметрами темперамента и каналами эмпатии определялись с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты корреляционного анализа выявили значимые связи между каналами эмпатии и личностными характеристиками. Наибольший уровень выраженности был зафиксирован у проникающей способности (M=3,66), которая демонстрирует статистически значимые отрицательные корреляции с нейротизмом ($r=-0,08$; $p \leq 0,05$) и экстраверсией-интроверсией ($r=-0,04$; $p \leq 0,05$). Полученные данные позволяют предположить, что высокая способность к установлению доверительного контакта связана с низкими показателями нейротизма и интроверсии.

Канал установок в эмпатии (M=3,33), отражающий склонность к определенным моделям восприятия и взаимодействия, показал положительную корреляцию как с нейротизмом, так и с экстраверсией-интроверсией ($r=0,1$ для обоих показателей; $p \leq 0,05$). Это свидетельствует о совместном проявлении эмпатических установок и экстраверсии.

Рациональный канал эмпатии (M=3,16), характеризующийся направленностью на осознанное понимание сущности другого человека, показал положительные корреляции с нейротизмом (r=0,08; p≤0,05) и экстраверсией (r=0,25; p≤0,05). Это свидетельствует о более выраженной склонности экстравертов к осознанной фокусировке внимания на проблемах и поведении окружающих.

Наименьшие значения продемонстрировали интуитивный (M=2,84) и эмоциональный (M=2,81) каналы эмпатии. Оба показали статистически значимые положительные корреляции с нейротизмом (r=0,19 и r=0,38 соответственно; p≤0,05) и экстраверсией (r=0,2 и r=0,1 соответственно; p≤0,05).

Полученные данные позволяют предположить, что повышение уровня нейротизма связано с усилением эмоциональной составляющей эмпатии (сопереживание, соучастие), а также со спонтанностью восприятия в интуитивном канале. Эмоционально-волевая неустойчивость может способствовать большей эмоциональной вовлеченности в эмпатическое общение.

Идентификация как ключевой компонент эмпатии (M=3,1) – способность к пониманию другого через мысленное воссоздание его позиции – демонстрирует статистически значимую положительную связь с нейротизмом и экстраверсией (r = 0,1; p ≤ 0,05).

Полученные результаты подтверждают необходимость учёта индивидуально-типологических особенностей темперамента студентов-медиков в образовательном процессе. Темперамент оказывает системное влияние на личность, модулируя её эмоциональные реакции и поведенческие паттерны. Эмпатия, являясь рефлексивным механизмом понимания эмоциональных состояний пациента, составляет основу эффективной профессиональной коммуникации в медицине.

Эмоциональная устойчивость способствует созданию комфортной коммуникативной атмосферы, характеризующейся эмпатическим слушанием и открытостью собеседника. Напротив, импульсивность и низкий эмоциональный контроль снижают доброжелательность взаимодействия. Повышенный нейротизм затрудняет формирование благоприятного коммуникативного климата, однако усиливает интуитивный и эмоциональный компоненты эмпатии. Аналитическая переработка информации и произвольное восприятие позволяют студентам эффективно разделять эмоциональные состояния собеседников [1].

Экстраверсия положительно коррелирует с общим уровнем эмпатических способностей. Экстраверты демонстрируют высокую социальную пластичность, быстро устанавливают контакт и адекватно воспринимают внутренний мир окружающих. Интроверты в коммуникации склонны опираться на заранее усвоенные поведенческие шаблоны, что проявляется в ригидности реакций и использовании стандартизированных моделей взаимодействия.

Результаты исследования эмпатии по методике В.В. Бойко показали, что большинство студентов-медиков демонстрируют уровень эмпатических способностей ниже среднего. Наименее развитыми оказались интуитивный и эмоциональный каналы, а проникающая способность в эмпатии выражена наиболее сильно.

Корреляционный анализ выявил положительную связь экстраверсии и нейротизма с такими компонентами эмпатии, как канал установок, рациональный, интуитивный и эмоциональный каналы, а также идентификация. В то же время проникающая способность демонстрирует отрицательную корреляцию с показателями экстраверсии-интроверсии и нейротизма.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости целенаправленного развития эмпатии как ключевой профессиональной компетенции будущих врачей. В образовательный процесс целесообразно включить методы формирования

коммуникативных навыков с учётом индивидуальных особенностей темперамента студентов.

Список литературы.

1. Валиуллина Е.В. Эмпатия, нейротизм, экстраверсия // Universum: Психология и образование: электрон. научн. журн. 2017. № 4(34).

2. Кубекова А.С. Связь эмпатии и личностных свойств у студентов медицинского университета / А.С. Кубекова, М.А. Сергеева // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Т.10. №3.

ИНТЕГРАЦИЯ НЕЙРОНАУК В ПСИХОЛОГИЮ: ОТ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

Щапова А.Ю., Голубева А.В., Яременко С.А.

НОУ ВПО «Санкт-Петербургский Гуманитарный университет профсоюзов»

Современные условия социума требуют подготовки высококвалифицированных специалистов-психологов, обладающих глубокими профессиональными знаниями как в области нейронаук, так как знание естественнонаучной составляющей психологической науки. Это позволит будущим профессионалам легче адаптироваться непосредственно в специальности и быть более эффективным в оказании психологической помощи. Нейронауки, включенные в программу обучения, — это курсы нейроанатомии, нейрофизиологии, психофизиологии и психогенетики. Они выступают как практические, междисциплинарные области науки, обеспечивающие совершенствование умений и навыков профессионального анализа психических состояний и психической деятельности человека в целостном восприятии понятия психологической нормы [1, 2]. Акцентирование внимания на формировании компетенций критического анализа литературы и ознакомление студентов с последними достижениями науки и биотехнологий в области нейронаук представляется важной составляющей учебного процесса. Целью исследования является оценить отношение и уровень осведомленности студентов к изучению нейронаук.

Материалы и методы. Анализ и обобщение результатов исследований, опубликованных в научных журналах, а также данные собственного опыта преподавания нейрофизиологии студентам-психологам. Кроме того, было проведено анкетирование 150 студентов 3–4 курсов психологического факультета с целью оценки их отношения к интеграции нейронаук в учебный процесс. Анкета включала 15 вопросов с шкалой Ликерта (от 1 до 5 баллов) и открытыми вопросами. Критерии включения в анализ основывались на их актуальности, научной значимости и методологической строгости. Методы статистической обработки: описательная статистика (средние значения, стандартные отклонения), t-критерий Стьюдента для сравнения групп, с использованием программного обеспечения SPSS версии 26.0.

Результаты. В ходе анализа литературы выявлено, что преподавание естественнонаучных дисциплин на психологическом факультете сопряжено с трудностями, такими как отсутствие практической базы (препараты, лаборатории для проведения опытов), что отличает подход от медицинских вузов. При этом профиль подготовки требует максимального приближения к практике: студенты-психологи должны понимать процессы в центральной нервной системе (ЦНС), чтобы отличать анатомо-физиологическую норму от патологии и перенаправлять клиентов в случае неотложного состояния [3]. Результаты анкетирования показали, что 72% студентов считают изучение нейронаук важным для профессиональной подготовки (средний балл 4,2 ± 0,8). В то же время 45,3% отметили недостаток практических занятий (средний балл

удовлетворенности практикой 2,9 ± 1,1). Сравнение групп (3-й и 4-й курс) с помощью t-критерия выявило значимые различия в осведомленности о биотехнологиях ($t=2,45$; $p<0,05$), где студенты 4-го курса демонстрировали более высокий уровень (средний балл 3,8 vs 3,2). Для активизации учебной деятельности рекомендовано использование интерактивных форматов: кейс-метод, доклады, созданные с помощью цифровых технологий и искусственного интеллекта, виртуальные лаборатории и симуляторы, а также групповые обсуждений научных статей, анализ опыта внедрения образовательных платформ Learning Management System (LMS — система управления обучением) [4, 5].

Обсуждение. Результаты анкетирования демонстрируют практическую потребность в интеграции нейронаук: студенты выражают интерес к практическим инструментам, что согласуется с данными других авторов о необходимости виртуальных симуляторов для преодоления дефицита лабораторной базы [4]. В отличие от чисто теоретического подхода, описанного в работах по нейрообразованию, наше исследование подчеркивает роль анкетирования в выявлении реальных нужд студентов, что позволяет корректировать учебные программы. Такой подход повышает эффективность подготовки, минимизируя разрыв между теорией и практикой, как показано в международных исследованиях.

Выводы. Предложения по формированию рекомендаций для педагогов-психологов, ориентированных на повышение качества подготовки специалистов по направлению «Психология», направлены на выделение практической составляющей, включая ознакомление студентов не только с теорией, но и с практическими инструментами (виртуальные лаборатории, симуляторы, анализ кейсов) для восприятия человека как целостной гармоничной личности. На основе анкетирования рекомендуется внедрять интерактивные методы для повышения вовлеченности и осведомленности студентов.

Список литературы.

1. Костромина С.Н., Бордовская Н.В., Искра Н.Н. Нейронаука, психология и образование: проблемы и перспективы междисциплинарных исследований // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2015. – № 4. – С. 4–18.

2. Марголис А.А., Шведовская А.А., Адаскина А.А. и др. Житейские психологические представления об особенностях процессов обучения, в том числе нейромифы // Психологическая наука и образование. – 2025. – Т. 30, № 4. – С. 4–17.

3. Храмова М.В., Храмов А.Е., Федоров А.А. Современные тренды развития нейронаучных исследований в образовании // Вопросы образования. – 2020. – № 1. – С. 245–267.

4. Ferreira M., Trudel A.R. Insights from the Active Use of Neuroscience Findings in Teaching and Learning // Education Sciences. – 2024. – Vol. 14, no. 8. – P. 805.

5. Howard-Jones P.A. Neuroscience education as a tool for improving stress management and emotional regulation in schools // Current Opinion in Behavioral Sciences. – 2024. – Vol. 56. – Art. 101342.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Эргашева Г.А.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель исследования. Проанализировать данные научной литературы и официальные материалы профессиональных регуляторов о роли симуляционного обучения в формировании клинического мышления у студентов медицинских вузов, с особым акцентом на практике USMLE.

Материал и методы исследования.

Проведён обзор отечественных и зарубежных публикаций в базах eLibrary и PubMed за период 2005–2024 гг. по ключевым словам: «симуляционное обучение», «клиническое мышление», «simulation-based learning», «clinical reasoning», «standardized patient», «virtual patient». Дополнительно проанализированы официальные документы и методические материалы USMLE/NBME/FSMB (описания структуры экзаменов, руководства по CCS, бюллетени для экзаменуемых). В обзор включены систематические обзоры, оригинальные исследования, аналитические статьи и регуляторные руководства; всего отобрано 35 источников.

Результаты и их обсуждение.

Клиническое мышление - это способность врача целенаправленно собирать клинические данные, формулировать и проверять диагностические гипотезы, принимать обоснованные решения и оценивать риск. Анализ литературы подтверждает, что одних только традиционных форм обучения (лекции, семинары, разборы историй болезни) недостаточно для устойчивого формирования клинической логики у студентов; критично необходимы активные методы, моделирующие реальную неопределённость и ответственность клинической практики.

Симуляционное обучение (высокореалистичные манекены, стандартизированные пациенты, виртуальные пациенты и компьютерные клинические сценарии) создаёт безопасную среду для отработки диагностических и коммуникативных навыков, позволяет учиться на ошибках без вреда для пациента, а также обеспечивает стандартизируемую и объективную оценку прогресса. Зарубежные обзоры (Issenberg и соавт.; Nestel и соавт.) показывают рост уверенности, снижение тревожности и улучшение качества клинических решений после симуляционных тренингов.

USMLE как опорный пример интеграции симуляций в оценку клинического мышления.

USMLE (United States Medical Licensing Examination), разработанный NBME совместно с FSMB, — многоступенчатая система лицензирования в США, где клиническое мышление и готовность к практике оцениваются через реалистичные сценарии.

1) Step 1 → «знание для клиники».

Хотя экзамен фокусируется на базовых науках, большинство заданий подаётся в клиническом контексте (case vignettes): студенту нужно связать патофизиологию с симптомами, выбрать следующее диагностическое действие или интерпретировать лабораторные данные. Таким образом, даже на доклиническом этапе проверяется способность применять знания, а не просто их воспроизводить.

2) Step 2 CK → «решение клинических задач».

Вся структура — это длинные клинические виньетки, где требуется выделить ключевые признаки, сузить дифференциальный ряд, определить приоритеты обследования и тактики лечения с учётом безопасности. По сути, Step 2 CK тренирует и одновременно оценивает когнитивные процессы клинического рассуждения.

3) Step 2 CS (исторически) → «живые симуляции с пациентом».

До 2020 г. в USMLE применялись стандартизированные пациенты (SP). Экзаменуемые собирали анамнез, проводили физикальное обследование, объясняли диагноз и план, оформляли клиническую записку. Оценивание строилось на чек-листах и глобальных рейтингах. Хотя Step 2 CS прекращён, его подход живёт в многочисленных OSCE в медвузах и резидентурах, задавая стандарт качественной симуляции взаимодействия «врач–пациент».

4) Step 3 → «ведение пациента в цифровом симуляторе (CCS)».

Ключевой элемент — Computer-based Case Simulations (CCS): это интерактивные «виртуальные пациенты», где кандидат принимает решения в ускоренном времени. Доступны «реальные» действия — назначение диагностических тестов, старт/коррекция терапии, мониторинг, перевод в отделение, консультации. Состояние пациента динамически меняется: своевременные и уместные действия улучшают исход, неуместные — ухудшают. Такой формат напрямую измеряет клиническое мышление «в действии», а не только декларативные знания.

Экзамен стимулировал внедрение симуляционных центров и OSCE в медшколах, усилил ориентацию на компетентностные модели, включил редкие и критические сценарии в учебные планы и распространил культуру структурированного дебрифинга.

Опыт USMLE показывает, как объединить обучение и оценивание. Стандартизированные пациенты — лучший инструмент для отработки общения и клинического интервью. Компьютерные симуляции (CCS) — оптимальны для тренировки приоритезации и принятия решений. Интеграция симуляций на ранних курсах ускоряет становление клинического мышления, снижает тревожность и повышает безопасность.

Выводы.

Симуляционное обучение — эффективный инструмент формирования клинического мышления у студентов. Международная практика USMLE показывает, как через стандартизированных пациентов и компьютерные симуляции можно объективно оценивать и развивать ключевые компетенции будущего врача. Внедрение аналогичных подходов (OSCE, виртуальные пациенты, сценарии с управляемыми исходами и обязательным дебрифингом) на ранних этапах подготовки повышает уверенность студентов и снижает риск ошибок.

Список литературы.

1. Issenberg S.B., McGaghie W.C., Petrusa E.R., Gordon D.L., Scalese R.J. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. Medical Teacher. 2005;27(1):10–28.

2. Nestel D., Groom J., Eikeland-Husebø S., O'Donnell J.M. Simulation for learning and teaching procedural skills: the state of the science. Simulation in Healthcare. 2011;6(Suppl):S10–S13.

3. Kononov V.M., Grishina N.V., Petrova V.Yu. Симуляционные технологии в медицинском образовании: современные возможности. Вестник новых медицинских технологий. 2018;25(1):20–25.

4. Литвиненко Л.А., Зиганшин М.Г. Использование симуляционного обучения для формирования клинического мышления студентов медицинского вуза. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2022.

5. NBME/FSMB. USMLE Step 3: Computer-based Case Simulations (CCS). Content Description & Orientation Guide.

6. NBME/FSMB. USMLE Bulletin of Information.

РАЗДЕЛ 4.

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЕСТЕСТВЕННЫХ И МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Абакарова Э.Г., Абалоидзе С.Г., Кондренко А.Е.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Послеродовая депрессия является распространенной проблемой во всем мире. В среднем в мире ею страдают 13,5 % матерей (Shorey et al., 2018), а в Российской Федерации – от 15 до 45% (Корнетов Н.А., 2015). Дисфункции психического состояния, граничащие с психическими расстройствами, в период беременности и после родов наблюдаются 57-80% (Кочнева М.А., 2012, Корнетов Н.А., 2015, Кесслер с соавт., 2003)[1,3].

При этом проблема часто оценивается самой матерью и ее близкими как явление, не требующее лечения и обращения за специализированной помощью (Добрякова, Танаева, Дубынин, 2018). Для качественного развития системы медикопсихологической помощи и поддержки семьи, ожидающей рождения ребенка, требуется разработка и внедрение эффективных методов ранней диагностики дезадаптивных состояний [2,4]. Специфичность переживаний у женщин в перинатальном периоде требует изучения факторов развития депрессивной симптоматики и соответствующей программы профилактики.

Цель исследования: выявление уровня депрессивной симптоматики у женщин в перинатальном периоде

Материалы и методы.

Исследование проводилось среди 36 женщин, госпитализированных в родовое отделение Ставропольского краевого клинического перинатального центра №1». Для диагностики послеродовой депрессии применялся метод клинической беседы и анкетирование по методике «Шкала депрессии Бека» (с помощью создания опросника Google Forms). Полученные данные подвергались описательному, сравнительному и статистическому анализу с использованием программ Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 27. Методологической базой исследования стал Центр психологической поддержки студентов университета.

Результаты. Анализ респондентов по степени выраженности депрессии по Беку показал, что из 36 исследованных женщин (11) 30,5% находятся в диапазоне нормы, у которых отсутствуют симптомы депрессии.

В группу риска попали 25 женщин (69,4%) которые озабочены своим будущим, разочарованы, потеряли интерес к другим людям, критикуют себя за ошибки и слабости, ждут наказания и пр. Из них в состоянии субдепрессии (10-15 баллов по шкале Бека) находятся 5 женщины (20,0 %), которые считают свое состояние не стабильным (раздражительны, расстроены), 5 женщин на момент тестирования (20,0 %) эмоциональны не стабильны, выражают свое состояние плачем, недовольством своим телом, отмечают свою не привлекательность и находятся в состоянии умеренной депрессией (в диапазоне 16-19 баллов по шкале Бека); 8 респондентов (32,0 %) не чувствуют удовлетворения от жизни, следовательно имеют среднюю тяжесть к проявлению депрессии (20-29 баллов по шкале);

Выраженные компоненты депрессивного состояния в исследуемой выборке были получены по пунктам, связанным с суицидальными мыслями 7 (28,0%), следовательно находятся в состоянии тяжелого депрессивного фона (30-36 баллов). Хочется отметить, что более половины женщин из общей выборки 55,6%, отмечают тревожные и навязчивые мысли относительно своего физического здоровья. Данный фактор, можно рассматривать как вариант психосоматических проявлений, требующие внимания. Таким образом, по

результатам проведенного исследования 69,4% родильниц, принявших добровольное участие в анкетировании, нуждаются в организации доступной психологической помощи.

Выводы

Совершенствование процедуры своевременного выявления депрессивных проявлений у женщин в перинатальном периоде позволит специалистам оказывать необходимую комплексную медико-психологическую помощь и не допустить развития устойчивых аффективных расстройств в послеродовом периоде.

Список литературы.

1. Аргунова И.А. Послеродовая депрессия. На стыке общей врачебной практики, акушерства и психиатрии // Российский семейный врач. – 2010. – №1. – С. 4-13.

2. Елианский С. П. Особенности ретестовой надежности шкалы депрессии А. Бека / С. П. Елианский, А. Ф. Ануфриев, О. С. Ефимова, Д. В. Семенов // Психология, социология и педагогика. – 2016. – № 4. – URL: https://psychology.snauka.ru/2016/04/6649 (дата обращения: 03.06.2025).

3. Федака А. А. Исследование распространенности послеродовой депрессии в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Материалы конгресса с международным участием «Организация здравоохранения». — 2023. — URL: https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/theses/44?ysclid=mf5fr3dix3682232697 (дата обращения: 08.09.2025).

4. Корнева М. А. Послеродовая депрессия: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] // Психологическая газета: интернет-издание. — 2023. — 28 апреля. — URL: https://psy.su/feed/12127/?ysclid=mf5ffldkjq215422092 (дата обращения: 08.09.2025).

5. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семенов Д.В. Ретестовая надежность шкалы депрессии А. Бека. //Всероссийская научно-практическая междисциплинарная конференция с международным участием «Реабилитация и профилактика – 2015» (в медицине и психологии), 14-16 октября2015 г. Сборник тезисов. – М.: Первый МГМУ им. М.И. Сеченова. – С. 76-77.

СОЗАВИСИМОСТЬ В ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЯХ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Абакарова Э.Г., Арустамян М.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Проблема созависимости входит в список серьезных медико-социальных последствий и все более актуализируется в связи с расширением и углублением масштабов химической, нехимической зависимости и других видов аддиктивного поведения. Актуальной, в условиях политической и экономической обстановки, на сегодняшний день становиться зависимость от близкого человека, в частности, от партнёра. Формирование созависимого поведения используется молодыми людьми как способ нормализации психоэмоционального состояния. Важность и актуальность данной проблемы обусловлена с одной стороны, тем что созависимые отношения мешают полноценной жизни человека, лишая его возможности испытывать удовольствие и радость в любви, самореализовываться и самовыражаться, с другой стороны, склонность к созависимым отношениям является фактором риска в развитии более тяжелых форм зависимости (алкоголизма, наркомании, токсикомании).

Цель исследования: анализ влияния феномена любовной зависимости на формирование уровня самоотношения.

Гипотеза исследования - люди, склонные к созависимости в партнерских отношениях обладают низким уровнем самоуважения и аутосимпатии.

Созависимость часто описывается как состояние, при котором один человек становится чрезмерно зависимым от другого, теряя при этом свою способность к самостоятельному функционированию. Это может проявляться в постоянной необходимости удовлетворять потребности партнера, игнорируя собственные желания и чувства. Созависимые отношения характеризуются неравномерным распределением власти, эмоциональной манипуляцией и отсутствием здоровых отношений.

В данной работе нас интересует форма зависимости, при котор ни у одного из лиц нет химической зависимости. По мнению В. Москаленко, лица находящиеся в созависимых отношениях, выросли в эмоционально-репрессивных или дисфункциональный семьях.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли добровольное информированное участие 50 обучающихся факультета гуманитарного и медико-биологического образования, четвертого, пятого и шестого года обучения в СтГМУ. Методологической базой исследования явился центр психологической поддержки студентов. Для диагностики склонности к аддиктивному поведению применялась методика склонности к 13 видам зависимости Г.В. Лозовой. Для выявления феномена формирования созависимости использовался опросник самоотношения - ОСО, разработанной В.В. Столиным. Полученные данные подвергались описательному и статистическому анализу с использованием программ Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 27.

Результаты и обсуждение. По результатам методики Г.В. Лозовой, высокую предрасположенность к любовной зависимости имеют 30% респондентов (15 человек).

Зависимость проявляется в концентрации на любимом человеке, страхе потерять его или остаться в одиночестве. К данной «группе риска», мы применили опросник самоотношения В.В. Столина.

По результатам опросника 47% респондентов (7) по шкале «самоуважение» неспособны доверять себе и имеют низкий уровень самоценности. По шкале «аутосимпатия» 43% (6 респондентов) имеют заниженную самооценку и готовность к самообвинениям. По результатам шкалы «ожидаемое отношение» 93% (14 человек) противопоставляют личные интересы мнению окружающих, подстраиваются под них и ожидают одобрения. Шкала «самоинтерес» отражает меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и готовность общаться с собой «на равных». По результатам данной шкалы 52% респондентов (8) имеют средний уровень готовности к конкретным действиям по отношению к своему «Я».

Заключение. Феномен формирования созависимости проявляется низким уровнем самоуважения и аутосимпатии, что выражается низкой самооценкой, недоверием к себе, чрезмерным презрением и вынесением самоприговора. Высокий уровень ожиданий, негативно сказывается на самовосприятии и самосознании молодых людей. Таким образом, опираясь на полученные результаты, можно утверждать, что для профилактики созависимого поведения необходима разработка и внедрение коррекционных программ, направленных на повышение уровня самоценности, жизнестойкости, преодоления зависимости и выбора смысложизненных ориентаций.

Список литературы.

1. Григорова Т. П. Деструктивная привязанность к партнеру во взрослом возрасте и совладание с ее проявлениями: дис. … канд. психол. наук: 19.00.13. Москва, 2015. 166 с.

2. Емельянова, Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е. В. Емельянова. - СПб.: Речь, 2014. - 320 с.

3. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А. Г. Чеславской — М.: Независимая. фирма “Класс”, 2002. -224 с. - (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103).

4. Шаповалов, В. В. Особенности эмоциональной сферы у созависимых женщин / В. В. Шаповалов, Е. Л. Голенищева.// Norwegian Journal of Development of the International Science. -2021. С. 57-59.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Айдинова Л.В., Рамазанова А. Н.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Сахарный диабет 2 типа (СД2) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения в связи с неуклонным ростом распространенности среди населения [1]. Несмотря на совершенствование методов фармакотерапии, эффективность профилактики и контроля заболевания остается недостаточной, что актуализирует поиск новых, в том числе психосоматических факторов риска. В частности, все большее внимание привлекает роль донозологических психологических характеристик, способных опосредованно влиять на метаболические процессы и формировать патогенетическую основу для развития заболевания.

К числу таких характеристик относятся нарушения типа привязанности, сформированные в раннем детстве в диаде «мать–дитя». Согласно концепции Т.В. Капустиной и Р.В. Кадырова, ненадёжные типы привязанности (амбивалентный и избегающий) определяют базовые модели переживания стресса и построения отношений во взрослом возрасте. У пациентов с СД2 это проявляется в виде повышенной тревожности, высокой эмоциональности и дезадаптивным стратегиям совладания со стрессом [2].

В связи с этим, исследование патогенетических взаимодействий между типом привязанности, уровнем тревожности, эмоциональной регуляцией и развитием СД2 у пациентов представляется крайне актуальным. Выявление таких взаимосвязей позволит не только углубить понимание психосоматических механизмов манифестации заболевания, но и разработать дифференцированные подходы к психопрофилактике.

Целью исследования является теоретическая и эмпирическая оценка роли ненадежного типа привязанности в генезе повышенной тревожности и дезадаптивной эмоциональной регуляции у пациентов с СД2 с помощью психодиагностического метода, то есть применение стандартизированных опросников

Материалы и методы исследования

Обследование проводилось на базе эндокринологического отделения Дербентской центральной городской больницы. Выборку составили 30 человек, из которых 13 (43%) мужчин и 17 (57%) женщин. Возраст испытуемых варьировался от 39 до 72 лет. У всех пациентов было получено добровольное согласие на участие в исследовании. Использовались следующие психометрические методы: 1. Опросник для диагностики типа привязанности к матери 2. Шкала проявлений тревоги Тейлор, TMAS. Адаптация по В. Г. Норакидзе 3. Определение эмоциональности по Суворовой

Обсуждение результатов исследования

Анализ типа привязанности по методике Капустиной-Кадыровой выявил преобладание избегающего типа привязанности (63,3%, n=19). Амбивалентный тип

наблюдался у 20% респондентов (n=6), дезориентированный тип - у 16,7% (n=5). Надежный тип привязанности в выборке выявлен не был.

Оценка уровня тревожности по шкале Тейлора показала, что большинство испытуемых (70%, n=21) демонстрируют высокий уровень тревожности. Средний уровень тревожности с тенденцией к высокому наблюдался у 20% респондентов (n=6), тогда как средний уровень с тенденцией к низкому был характерен лишь для 10% выборки (n=3).

Исследование эмоциональности по методике Суворовой выявило, что 43,3% пациентов (n=13) обладают высокой эмоциональностью, 40% (n=12) - средней эмоциональностью, и лишь 16,7% (n=5) демонстрируют низкую эмоциональность.

Полученные данные демонстрируют выраженное преобладание ненадежных типов привязанности в исследуемой выборке. Доминирование избегающего типа привязанности (63,3%) свидетельствует о тенденции пациентов к эмоциональной дистанции в отношениях, трудностям в принятии поддержки и склонности к самостоятельному переживанию стресса. Сочетание с дезориентированным (16,7%) и амбивалентным (20%) типами формирует комплексную картину нарушений эмоциональной регулиции, что проявляется в противоречивых поведенческих паттернах — одновременном стремлении к близости и страхе перед ней.

Особую значимость представляет полное отсутствие в выборке лиц с надежным типом привязанности. Можно предположить, что дефицит базового чувства безопасности и надежной опоры в межличностных отношениях выступает значимым психологическим фактором риска развития и прогрессирования СД2 через механизмы хронического стресса и неэффективной стратегии справления с ним. Это объясняет необходимость включения оценки типа привязанности в программу психологического сопровождения пациентов с метаболическими нарушениями.

Высокий уровень тревожности, выявленный у 70% испытуемых, соответствует представлению о роли хронического стресса в развитии и поддержании инсулинорезистентности и согласуется с данными современных исследований. Так, в исследовании Эшдавлатова Б.М. повышенная тревожность отмечалась у всех без исключения больных [5]. Сочетание избегающего типа привязанности с высокой тревожностью создает особую модель переживания заболевания, характеризующийся внешней сдержанностью при внутреннем напряжении, что может приводить к психосоматической дезорганизации метаболических процессов.

Показатели эмоциональности демонстрируют преобладание высокой и средней эмоциональной лабильности (83,3% в сумме), которая в сочетании с избегающим типом привязанности подавляется, переходит во внутреннее напряжение и находит выход через вегетативную нервную систему и гормональные сдвиги, тогда как в комбинации с амбивалентным и дезорганизованным типом привязанности она выражается импульсивно, что также является признаком сбоя в системе регуляции

Обнаруженные психологические характеристики позволяют предположить наличие специфического характера развития и неблагоприятного течения сахарного диабета 2 типа, включающего ненадежный тип привязанности, высокую тревожность и эмоциональную лабильность. Данный профиль может рассматриваться как предвестник низкой приверженности лечению и требует разработки специальных психокоррекционных программ.

Выводы. Таким образом, полученные результаты подчеркивают необходимость включения психологической диагностики в стандартные протоколы ведения пациентов с СД2 и разработки дифференцированных подходов к психологической коррекции в зависимости от выявленного типа привязанности и особенностей эмоциональной регуляции, что позволит создать комплексный подход в работе с пациентами, направленный на оптимизацию оказания качественной медицинской помощи.

Список литературы.

1. Дедов, И. И. Динамика эпидемиологических показателей сахарного диабета в Российской Федерации за период 2016-2020 гг. / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова [и др.] // Инновационные технологии в эндокринологии : сб. тезисов IV (XXVII) Национального конгресса эндокринологов с междунар. участием, Москва, 22–25 сентября 2021 года. – Москва: ООО «Типография «Печатных Дел Мастер», 2021. – С. 29. – DOI: 10.14341/Conf22-25.09.21-29. –г EDN JBSLZQ.

2. Капустина, Т. В. Разработка и апробация опросника для диагностики типа привязанности к матери / Т. В. Капустина, Р. В. Кадыров, И. С. Ильина // СибСкрипт. – 2025. – Т. 27, № 2. – С. 228-246. – DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-2-228-246. – EDN: tecrso.

3. Лоскутова, Э. А. Психосоматический аспект тревожности у лиц, страдающих сахарным диабетом / Э. А. Лоскутова // Вестник Марийского государственного университета. – 2018. – № 2 (30). – С. 65-70. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskiy-aspekt-trevozhnosti-u-lits-stradayuschih-saharnym-diabetom (дата обращения: 10.09.2025).

4. Федосеева, Л. А. Сахарный диабет: психосоматика заболевания / Л. А. Федосеева, Е. С. Илюшина, Г. А. Красильникова [и др.] // Современные научные исследования и инновации. – 2022. – № 1 (129). – С. 12-18. – EDN BLBWWZ.

5. Эшдавлатов, Б. М. Показатель тревожности и депрессии у больных сахарным диабетом / Б. М. Эшдавлатов, М. А. Одилова, Н. Р. Нуритов // Теория и практика современной науки. – 2017. – № 5 (23). – С. 94-97. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/pokazatel-trevozhnosti-i-depressii-u-bolnyh-saharnym-diabetom (дата обращения: 10.09.2025).

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ СТИМУЛОВ НА МОЗГОВУЮ АКТИВНОСТЬ И СКЛОННОСТЬ К ПРОКРАСТИНАЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ И ВЗРОСЛЫХ

Асозода Ш.А. Иргашева Д.З.

ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино", Таджикистан

На данный момент цифровые технологии стали неотъемлемой частью жизни почти у всех, но аспекты их влияния на когнитивные способности мозга и продуктивность остаётся дискуссионным вопросом.

Цель исследования: изучение воздействия цифровых стимулов и технологий (социальные сети, уведомления, мультимедийный контент, а также частое использование ИИ) на мозговую активность, когнитивные функции и прокрастинацию среди представителей различных возрастных групп. Важно понять, как частое использование гаджетов и Искусственного Интеллекта влияет на логическое и критическое мышление, особенно у студентов медиков.

Материалы и методы: Исследование проводилось с помощью анкетирования (опросник из 16 закрытых и 4 открытых вопросов) и статистического анализа. Участниками стали 120 человек: школьники, студенты и взрослые различных профессий.

Результаты исследования:

- 63% откладывают важные дела из-за цифровых технологий, что подтверждает связь с прокрастинацией.
- 70% студентов считают, что частое использование ИИ снижает их логическое и критическое мышление, уменьшая умственную активность и интерес к сложным задачам (например, чтению книг)

- 30% полагают, что ИИ полезен при поиске информации, если использовать его умеренно
- 56% отмечают, что соцсети и интернет снижают продуктивность
- 72% хотели бы сократить время проведённое за экранами
- 41% считают, что технологии могут быть полезны при рациональном использовании.

Выяснилось, что прокрастинация связана с ростом стресса, тревожности и в некоторых случаях-депрессии. Это всё значительно истощает нервную систему человека. Ухудшается внимание, концентрация, память из-за частого использования гаджетов. Взрослые чаще воспринимают цифровые технологии, как инструмент продуктивности, молодежь-как фактор негативного влияния. Студенты откладывают подготовку к экзаменам, что снижает качество усвоения и повышает стресс. Снижается академическая успеваемость.

Заключение. Цифровые технологии влияют на мозг и продуктивность, как положительно, так и отрицательно, но негативные аспекты преобладают. Однако осознанное использование, цифровой детокс, режим сна, тайм-менеджмент, физическая активность и техники самоконтроля (Pomodoro) помогают снизить вред и повысить продуктивность.

Список литературы.

1.Авдеева Е. А., Корнилова О. А. Влияние цифровой электронной среды на когнитивные функции школьников и студентов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. –2022. – С.43-50

2.Игнатова Ю. П., Макарова И. И. Влияние цифровых технологий на когнитивные способности человека (обзор) // Психология. Психофизиология. – 2022. –Т.15, №4 – С. 72-83.

3.Карр Н.The Shallows: What the Internet is doing to our brains? / Пустышка: Что Интернет делает с нашим мозгом? – Нью-Йорк: W.W.Norton&Company, 2010. – 280 с.

4.Пирс С. – Прокрастинация и ее нейропсихологические аспекты / переведено с английского –Москва: Альпина Паблишер, 2013.– 352 с.

5.Сапин М.И. Анатомия человека – Москва: МЕДпресс-информ, 2012. –512 с.

6.Шукуров Ф.А. – Нормальная физиология – Душанбе: МБОО «Олами китоб», 2021. – 276 с.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Барушкова Е.Р., Фёдоров И.Ю., Морозов А.М.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Социальные сети представляют собой цифровые пространства, где люди могут устанавливать и поддерживать контакты. Они служат для обмена информацией, участия в обсуждениях, личностного роста и развлечений. Пользователи объединяются в группы по интересам, месту жительства, профессиональной принадлежности или на основе алгоритмов [1,2].

Социальные сети обладают пространственной и временной динамикой, оказывая влияние на общественные отношения и экономические процессы. Они играют важную роль в координации действий и могут иметь положительные и отрицательные последствия [2,3].

На основании вышеуказанного можно сделать вывод, что социальные сети представляют собой важные цифровые платформы для общения и обмена информацией. Несмотря на их положительные аспекты, такие как доступ к образовательным ресурсам и эмоциональная поддержка, использование соцсетей также может нести негативные последствия, включая снижение самооценки и кибербуллинг [3,4].

Целью данного исследования является изучение влияния социальных сетей на образ жизни человека.

Материалы и методы. В ходе работы был проведён анонимный опрос, включающий в себя 27 вопросов. Было опрошено 126 респондента, составивших 5 возрастных групп: до 18 лет – 5 человека (4%), 18-24 лет – 104 человека (82,5%), 25-34 лет – 10 человек (7,9%), 45-54 лет – 5 человек (4%), 55-64 лет – 2 человека (1,6%). Всего в опросе приняло участие 81 женщин (64,3%) и 45 мужчины (35,7%). Использовался статистический метод, метод анализа и синтеза, математический метод [5].

Результаты и обсуждение. При анализе времени, проведенного в социальных сетях, было выявлено, что 47 респондентов (37,3%) проголосовало за ответ 3-4 часа. 43 респондента (34,1%) 5-6 часов. 20 респондентов (15,9%) 7 и более часов. 16 респондентов (12,7%) 1-2 часа. Данные ответы указывают на значительную вовлеченность пользователей в онлайн-платформы и подчеркивает важность социальных сетей в повседневной жизни.

83 респондента (65,9%) ответили, что социальные сети не измели их самооценку, 19 респондентов (15,1%) улучшили её, 11 респондентов (8,7%) ухудшило самооценку, 13 респондентов (10,3%) затрудняются ответить. В результате можно сделать вывод, что социальные сети оказывают слабое влияние на самооценку.

На вопрос “Вы часто посещаете социальные сети?” 82 респондента (65,1%) ответили, что регулярно посещают социальные сети, 22 респондента (17,5%) раз в несколько дней, 15 респондентов (11,9%) раз в месяц, 5 респондентов (4%) давно не заходят в социальные сети, 1 респондент (0,8%) не имеет социальных сетей, 1 респондент (0,8%) затрудняется ответить. На основании данных ответов можно сделать вывод, что люди часто заходят в социальные сети.

На вопрос “Если у вас нет возможности выйти в социальные сети, то какие эмоции вы испытываете?” 66 респондентов (52,4%) спокойно занимаются своими делами, 21 респондентов (16,7%) испытывают скуку, 25 респондентов (19,8%) испытывают тревожность, 11 респондентов (8,7%) чувствуют раздражение, 3 респондента (2,4%) затрудняются ответить.

При возвращении в социальные сети после долгого отсутствия 33 респондента (26,2%) испытывают облегчение, 24 респондента (19%) рады возвращению, 22 респондента (17,5%) испытывают переживание, 6 респондентов (4,8%) испытывают злость, 2 респондента (1,6%) чувствуют тревогу, 39 респондентов (30,9%) затруднились ответить.

На вопрос “Как долго вы можете прожить без социальных сетей?” 49 респондентов (38,8%) могут прожить без социальных сетей несколько дней, 29 респондента (23%) несколько часов, 23 респондента (18,3%) могут прожить сутки, 13 респондентов (10,3%) час, 6 респондентов (4,8%) не могут прожить и минуты, 6 респондентов (4,8%) затрудняются ответить. Таким образом, социальные сети играют значительную роль в жизни людей, у некоторых респондентов прослеживается зависимость. Другие могут прожить без них.

Данные платформы предоставляют возможности для самовыражения, получения доступа к образовательным ресурсам и эмоциональной поддержки. Однако их использование может негативно сказаться на людях. Нереалистичные идеалы красоты

могут снижать самооценку. Кибербуллинг, зависимость от одобрения и провокационный контент могут вызывать тревогу [6]. Таким образом на вопрос “Чувствуете ли вы давление со стороны социальных сетей для соответствия определённым стандартам (внешность, успех, стиль жизни)?” 49 респондент (38,9%) ответили иногда, 38 респондентов (30,2%) никогда, 27 респондентов (21,4%) редко, 8 респондентов (6,3%) Да, часто, 4 респондента (3,2%) затрудняются ответить. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что респонденты испытывают давление со стороны социальных сетей для соответствия определённым стандартам, но оно не является постоянным.

В работе Рогач О.В. и соавт. (2022) отмечается, что современные тенденции включают новые потребительские привычки, связанные с информационными ресурсами, и изменение коммуникативных практик. Социальные сети стали главной платформой для взаимодействия, объединяя пользователей в группы. Однако концентрация всех каналов в соцсетях и акцент на интерактиве снижают критическое восприятие информации [7]. На вопрос, с какой целью люди посещают социальные сети, 37 респондентов (29,4%) ответили ради отдыха, 32 респондентов (25,4%) используют для поиска информации, 27 респондентов (21,4%) используют ради общения, 25 респондентов (19,8%) для учёбы, 5 респондентов (4%) имеют иные причины. Данные ответы указывают нам на многообразие развлекательного и образовательного контента в социальных сетях.

Выводы. Социальные сети оказывают значительное влияние на различные аспекты жизни человека. Каждый человек так или иначе связан «социальной сетью». Также стоит отметить, что социальные сети важны в поиске развлекательного контента и саморазвития, особенно как средство общения и получения информации. Пользователи не ощущают негативного влияния на самооценку, но сталкиваются с давлением из-за стандартов.

Список литературы.

1. Попов Е. В., Комарова О. В, Симонова В. Л Использование социальных сетей и мессенджеров для взаимодействия в обществе / Попов Е. В., Комарова О. В, Симонова В. Л // вестник пермского университета. — 2020. — № 26(12). — С. 1284-1296 - DOI:10.35854/1998-1627-2020-12-1284-1296

2. Михайлова, А. О. Влияние цифровизации на поведение студентов в Интернете и их межличностное общение / А. О. Михайлова, П. Д. Панина // Евразийский Союз Ученых. Серия: исторические, политические и социологические науки. – 2023. – № 11(109). – С. 4-8. – DOI 10.31618/ESU.2413-9335.2023.3.109.1927.

3. Влияние студенческого научного общества на формирование компетентного специалиста / Е. М. Мохов, А. М. Морозов, В. А. Кадыков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. – С. 112.

4. Носов, С. А. Влияние социальных сетей на моральную составляющую человека при начинаниях в здоровом образе жизни / С. А. Носов, Е. В. Панов // Обзор педагогических исследований. – 2024. – Т. 6, № 5. – С. 219-223. – DOI 10.58224/2687-0428-2024-6-5-219-223.

5. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2021661873 Российская Федерация. Программа для проведения дистанционного социологического анкетирования: № 2021660772: заявл. 05.07.2021: опубл. 16.07.2021 / С. В. Жуков, М. В. Рыбакова, П. И. Дементьева [и др.].

6. Кожогелдиева М. А. Влияние социальных сетей на психоэмоциональное состояние подростков / Кожогелдиева М. А. // эпоха науки. — 2024. — № 40. — С. 309-313.DOI: 10.24412/2409-3203-2024-40-309-313

7. Рогач О. В., Фролова, Е. В. Анализ влияния социальных сетей на современных подростков: ключевые проблемы и деструктивные последствия / Рогач О. В.,

Е. В. Фролова // вестник пермского университета. — 2022. — № 2. — С. 305-314- DOI: 10.17072/2078-7898/2022-2-305-314

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ОБРАЗОВАНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИМЕНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Биджиева М.Х.-И., Плугина М.И.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Искусственный интеллект (ИИ) определяется как технологии, позволяющие машинам выполнять задачи, требующие человеческого интеллекта: обучение, восприятие, обработка языка, принятие решений. Как отмечает Buchanan (2005), «the field of AI finds its genesis with the beginning of the computer age in the 1940s, and it was officially given its name by computer scientist John McCarthy in 1956» (p. 53).

Сегодня ИИ становится ключевым фактором в психологической практике и образовании, открывая новые перспективы, но также порождая вызовы для профессии.

Лакстон подчёркивает, что одной из первых сфер применения ИИ является обучение: «Some of the principal AI assisted activities reviewed include clinical training, treatment, psychological assessment, and clinical decision making» (Luxton, 2014, p. 332). Виртуальные пациенты и симуляции позволяют студентам и молодым специалистам безопасно практиковать диагностику и терапию, получать обратную связь и корректировать ошибки.

ИИ уже активно используется в терапии. В частности, виртуальные агенты и чат-боты способны поддерживать клиента между сеансами, а системы виртуальной реальности — помогать при фобиях или посттравматическом стрессовом расстройстве. Лакстон отмечает: «Applications of AI systems for treatment include the use of virtual reality and augmented reality systems, which can provide immersive therapeutic environments» (2014, p. 334). Для образования это означает возможность демонстрировать терапевтические методы в интерактивной форме.

ИИ может анализировать тестовые данные, анамнез и поведение. «AI applications for psychological assessment include automated test administration, scoring, and interpretation systems that can support clinical decision making» (Luxton, 2014, p. 335).

В обучении это позволяет студентам видеть объективную оценку их работы и понимать, где требуются улучшения.

Экспертные системы способны помогать психологам в выборе терапевтических стратегий и прогнозировании исходов. Лакстон указывает: «Expert systems are designed to mimic the decision-making abilities of human experts by applying reasoning capabilities to reach conclusions» (2014, p. 336). В образовательных целях это даёт возможность студентам учиться на «умных кейсах», где система предлагает сценарий и анализирует выбор обучающегося.

Лакстон вводит понятие интегрированной системы: «A concept for an integrated AI-based clinician system is also introduced, which combines multiple AI capabilities into a comprehensive system for assessment, treatment, and training» (2014, p. 337). Для образования подобные системы могут выполнять роль «ИИ-наставников», сопровождающих процесс подготовки специалистов.

Использование ИИ в психологии связано с вызовами:

Лицензирование и ответственность: «Issues associated with AI in the context of clinical practice include the potential for job loss among mental health professionals, as well as questions of accountability and legal responsibility» (Luxton, 2014, p. 338).

Конфиденциальность: обработка чувствительных данных требует защиты.

Профессиональная роль: «The advancement of AI technologies and their application in psychological practice have important implications that can be expected to transform the mental health care field» (Luxton, 2014, p. 339). Это означает, что роль психолога будет меняться, но не исчезнет.

ИИ может изменить подготовку специалистов:

- персонализированные образовательные траектории;
- автоматизированная диагностика прогресса студентов;
- виртуальные пациенты для практики;
- снижение нагрузки на преподавателей за счёт автоматизации рутины.

При этом важна критическая подготовка: психологи должны понимать возможности и ограничения технологий. Как отмечает Лакстон, «psychologists and other mental health care professionals have an essential part to play in the development, evaluation, and ethical use of AI technologies» (2014, p. 339).

Заключение. ИИ открывает новые формы терапии, диагностики и обучения. Его внедрение требует этического регулирования и участия специалистов. Будущее видится как сотрудничество человека и ИИ, а не как замещение. Таким образом, ИИ в психологии и образовании — это инструмент расширения возможностей, который поможет сделать практику и обучение более эффективными и доступными.

Список литературы.

1. Buchanan, B. G. (2005). A (very) brief history of artificial intelligence. AI Magazine, 26(4), 53–60.

2. Luxton, D. D. (2014). Artificial intelligence in psychological practice: Current and future applications and implications. Professional Psychology: Research and Practice, 45(5), 332–339. https://doi.org/10.1037/a0034559

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ «АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Ганжиян Н.Э., Хаятов Р.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Сегодня мы часто сталкиваемся с интересом пациентов к альтернативной медицине (AM, alternative medicine, AM) и рассмотрение ее как возможности оздоровления при хронических и неизлечимых состояниях. Вместе с тем сформировывается «зависимости» от альтернативной медицины, вследствие чего пациенты осознанно отказываются от доказательной медицины, направляя свое внимание на постоянные поиски подходящего способа AM, иногда несмотря на отсутствие улучшений или даже вред.

Целью данного исследования является оценка психологических факторов, способствующих формированию зависимости от альтернативной медицины у пациентов с хроническими заболеваниями, с использованием количественного анкетного метода и анализа психологических характеристик.

Материалы и методы. В проведенном нами исследовании приняли участие 50 пациентов с хроническими заболеваниями, которые прибегли как к традиционным, так и к альтернативным методам лечения. Из них 27 человек мы включили в группу формирования зависимости от альтернативной медицины (группа AM-зависимых),

остальных 23 - к контрольной группе, использующей АМ периодически или умеренно, без как таковых признаков зависимости. Психологические характеристики оценивались с помощью стандартизированных инструментов: шкалы тревожности (State–Trait Anxiety Inventory, STAI), шкалы соматизации (SomaticSymptom Scale), опросника когнитивной неудовлетворённости медицинским лечением, шкалы привычек контроля здоровья и внутренней/внешней локуса контроля (HealthLocus of Control scale). Также мы использовали опросник склонности к магическому мышлению. Для сбора данных об использовании АМ применялся опросник, который включал информацию о частоте, длительности, видах альтернативных методов и степени отказа от традиционных медицинских услуг. Обработка данных включала описательную статистику (средние, стандартные отклонения), сравнительный анализ (t-тесты, χ^2-тесты) и многомерный регрессионный анализ(логистическая регрессия) для выявления факторов, независимо ассоциированных с принадлежностью к группе АМ-зависимых. Корреляционные связи между психологическими переменными и показателями зависимости оценивались с помощью коэффициентов Пирсона или Спирмена. Уровень статистической значимости считался при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты показали, что пациенты, что были включены в группу АМ-зависимых имели наиболее высокие уровни соматизации ($M = 24,3 \pm 6,5$) по сравнению с контрольной группой ($M = 18,7 \pm 5,2$; $t = 5,12$, $p < 0,001$), а также более выраженную склонность к магическому мышлению ($M = 15,1 \pm 4,8$ против $11,0 \pm 3,9$; $t = 4,44$, $p < 0,001$). Уровни тревожности как состояние сильно не отличались между группами, однако тревожность как черта была выше в группе АМ-зависимых ($t = 2,34$, $p = 0,02$). У зависимых пациентов локус контроля чаще был внешним, что указывало на их веру вто, что здоровье контролируется внешними силами, нежели собственными усилиями($\chi^2 = 8,91$, $p = 0,003$). В логистической регрессии независимыми предикторами принадлежности к группе АМ-зависимых оказались: высокая соматизация (OR = 1,18;95 % CI 1,07–1,30, p = 0,001), магическое мышление (OR = 1,15; 95 % CI1,03–1,29, p = 0,02) и внешний локус контроля (OR = 2,45; 95 % CI 1,30–4,60, p= 0,005). Тревожность и самоконтроль были связаны с использованием альтернативной медицины, но при внимательном анализе они не оказались основными причинами выбора. Это согласуется с данными Blondé и соавт., которые показали,что ключевыми факторами являются соматизация, вера в магическое и особенности мышления. В исследовании Seet и коллег (2020) в Сингапуре показано, что использование альтернативной медицины у пациентов с психическими расстройствами ассоциируется с худшим качеством жизни. То же и в работе Saher (2018), которая выделяет роль магического мышления и специфических мировоззренческих установок как важных факторов формирования склонности к альтернативным методам. Мы наблюдали, что пациенты с внешним локусом контроля и магическим мышлением чаще избегали или откладывали обращение к традиционной медицине, что создавало лишь усиления зависимости альтернативных способов. В отличие от гипотез о ведущей роли неудовлетворённости традиционной медициной, в нашей работе именно когнитивные и личностные особенности оказались ключевыми.

Заключение. Таким образом, формирование зависимости от альтернативной медицины у пациентов хроническими заболеваниями связано прежде всего с психологическими факторами: соматизация, магическое мышление и внешний локус контроля. Эти факторы оказывают более сильное влияние, чем, например, общая тревожность и могут приводить к отказу от доказательной медицины. В клинической практике это снова доказывает, что существует необходимость психодиагностики таких склонностей у пациентов, использующих альтернативные методы лечения, а также разработки психологических подходов, направленных на изменение магического мышления, усиление внутреннего локуса контроля и работу с соматизацией, чтобы

избежать патологическую зависимость от альтернативной медицины и способствовать более сбалансированному использованию всех доступных лечебных стратегий.

Список литературы.

1. Blondé J., etal. Psychological predictors of the use of complementary and alternative medicine // Journal of Health Psychology. – 2020.

2. Seet V., et al.Use of complementary and alternative medicine for mental illness in Singapore:results from the 2016 Singapore Mental Health Study // BMC Complementary Medicine and Therapies. – 2020.

3. Sylvain B., etal. Complementary and alternative medicines in patients with chronic diseases:beliefs, wishes and reasons for use // European Journal of Integrative Medicine. – 2022.

4. Saher M.Alternative medicine: A psychological perspective // Personality and IndividualDifferences. – 2018.

5. Astin J. A. WhyPatients Use Alternative Medicine: Results of a National Survey // JAMA. –1998.

6. Wemrell M., etal. The Use of Complementary and Alternative Medicine in Health Care Units:Prevalence and Associations // Issues in Mental Health Nursing. – 2020.

7. Junyue J., etal. Complementary and Alternative Medicine for Substance Use Disorders: Mechanisms and Clinical Evidence // Frontiers in Psychiatry. – 2021.

8. Belfiore C. I.,et al. A Multi-Level Analysis of Biological, Social, and Psychological Determinants of Substance Use Disorder and Co-Occurring Mental Health Outcomes// Psychoactives. – 2024.

9. Díaz-MartínezF., et al. A review of nature-based interventions in substance abuse and drug dependence // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2024.

10. Heilig M.Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and why we need tomove beyond it // Neuropsy chopharmacology. – 2021.

НОМИНАЛИЗМ ПРОТИВ РЕАЛИЗМА: ПОЧЕМУ ТЕРМИН СКРЫВАЕТ РЕСПИРАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ TAS-РЕЦЕПТОРОВ

Конев А. В., Конева К. А.

ФГБНУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

Термины в медицине — это не только удобные общепринятые ярлыки, но и оптика: они определяют, какие эффекты считать — важными, а какие — шумом. Показателен случай «рецепторов горького и сладкого вкуса» (TAS2R/TAS1R). Их историческая привязка к оральной сенсорике закрепила смысловую интерпретацию, в то время как реальная биология этих рецепторов, сопряжённых с G-белком (GPCR), давно вышла за пределы вкуса [1]. Экстраоральная экспрессия в дыхательных путях, иммунной системе, ЖКТ и миокарде делает «вкус и его рецепцию» не столько сутью, сколько биографией открытия. Поэтому философская проблема — это номинализм, который подменяет механизм: название диктует ожидания и искажает представления. Целью данного исследования является анализ терминов, моделей и доказательств, с опорой на данные клинических, экспериментальных и обзорных публикаций по внеротовой локализации и функциям TAS-рецепторов.

Материалы и методы исследования. Проведен философско-научный анализ терминов, моделей и переносимости доказательств; поиск в электронных системах PubMed/eLIBRARY; включение клинических, экспериментальных и обзорных публикаций по экстраоральной локализации и функциям TAS-рецепторов. Ключевые слова поиска: «вкусовые рецепторы», «рецепторы горького вкуса», «рецепторы сладкого

вкуса», «дыхательная система», «бронходилатация». Для иллюстраций отбирались результаты: (а) релаксация ГМК дыхательных путей под действием TAS2R-агонистов; (б) влияние на реснички эпителия; (в) иммунные эффекты TAS2R-TAS1R и (г) сывороточные рецепторы как биомаркеры. Проект РНФ № 23-15-00372.

Результаты и обсуждение. Когда мы ищем «вкус», мы склонны видеть только сенсорную роль, игнорируя дыхательные и иммунные контуры. Название подталкивает к неверным метафорам («горечь — значит отвращение», «сладкое — значит вкусное») и ошибочным эвристикам в клинике (например, ожидать системных побочек как от «сенсорного» воздействия). Экспериментальные результаты противоречат этим интуитивным представлениям.

TAS2R/TAS1R обнаруживаются в гладкомышечных (ГМК) и эпителиальных клетках дыхательных путей, клетках иммунной системы и др [2]. Это сразу подрывает привычную «языковую» интерпретацию названия. Из локализации — функции: бронходилатация, модуляция мукоцилиарного клиренса, врождённого иммунитета и дегрануляции тучных клеток. Иными словами, мы имеем дело с респираторной физиологией, а не с органолептикой.

Во-первых, TAS2R экспрессируются на ГМК бронхов человека и демонстрируют бронходилатирующие эффекты в моделях мыши, морской свинки и человека [3]. Механизм остаётся предметом дискуссий, что, по сути, переводит разговор в мышечно-системную физиологию воздухообмена.

Во-вторых, TAS2R обнаружены на подвижных ресничках эпителия, где их активация повышает частоту биения ресничек и тем самым влияет на мукоцилиарный клиренс — критический компонент контроля инфекции или обострений при обструктивных заболеваниях лёгких (БА/ХОБЛ) [4]. Их прямой вклад в очистку дыхательных путей, никак не связанный с «вкусом» как ощущением, но критичен для патогенеза БА/ХОБЛ.

В-третьих, TAS2R участвуют в иммунной регуляции. На хемосенсорных клетках верхних дыхательных путей бактериальные горькие лиганды запускают Ca^{2+}-сигнал и индуцируют секрецию антимикробных пептидов окружающими эпителиоцитами. Этот контур тонко модулируется «сладким» рецептором: активация TAS1R через cAMP/PKA приводит к фосфорилированию IP3R3 и «гасит» высвобождение Ca^{2+} — а значит, и антимикробный ответ [5]. При повышенной люминальной глюкозе (например, при сахарном диабете) этот антагонизм приобретает патогенетическое значение. Язык «вкуса» в такой конфигурации становится эвфемизмом для реальной иммунной логики.

В-четвёртых, рецепторы к горькому вкусу экспрессируются на тучных клетках и макрофагах лёгких; показано ингибирование IgE-опосредованной дегрануляции и ЛПС-индуцированной продукции цитокинов рядом агонистов TAS2R [6]. Это смещает фокус с «бронходилатации как единственного эффекта» к сетевому представлению об обструктивной патофизиологии, где воспаление, спазм и клиренс взаимно переплетены.

Наконец, сывороточные формы TAS2R у пациентов с БА демонстрируют фенотип-зависимые ассоциации и обратные связи с показателями функции внешнего дыхания среднего/мелкого калибра [7]. Это делает их кандидатами в биомаркеры течения заболевания. Дальнейшая валидизация требует увязки циркулирующих уровней с тканевыми каскадами и клиническими исходами.

Все перечисленное ставит перед нами две группы вопросов. Эпистемологическая часть: как избежать теоретической нагруженности наблюдения, когда само название «вкусовые» подталкивает игнорировать небанальные эффекты в дыхательной и иммунной системах? Номинализм против реализма. Если название «вкусовой рецептор» — ярлык по месту открытия, то реалистичное описание требует нейтральной номенклатуры: например, «внеоральные хеморецепторы». Язык должен следовать за функцией, а не

наоборот. Обзор демонстрирует, что назначение этих рецепторов не ограничивается восприятием вкуса и включает клинико-значимые механизмы.

И методологическая часть: как проектировать исследования так, чтобы учесть конкуренцию TAS2R↔TAS1R, многоуровневость механик (ГМК, реснички, тучные клетки, макрофаги) и трансляционные разрывы между клеточными моделями, животными и человеком?

В любом случае нам предстоит перестроить язык и дизайн — рассматривать TAS-рецепторы как респираторные хемосенсоры и иммунные модули с потенциалом нового класса бронхолитиков и противовоспалительных средств, но проверять это не лозунгами, а конкретными исследованиями.

Выводы. Язык — первый «прибор» науки, и его точная калибровка критична. В случае TAS-рецепторов привычное имя закрепляет неверную трактовку сущности явления. Актуальные данные убедительно демонстрируют, что это универсальные хемосенсоры, встроенные в дыхательную и иммунную архитектуру. Переименуем в голове — изменится оптика эксперимента, и дорожная карта к клинической пользе.

Список литературы.

1. Нестерович И. И., Минеев В. Н., Мельникова М. А., Игнатьева И. А., Трофимов В. И. Эктопические вкусовые рецепторы к горькому и сладкому вкусу при респираторных обструктивных заболеваниях // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2024. – № 4. – С. 74–85

2. Talmon M., Pollastro F., Fresu L.G. The complex journey of the calcium regulation downstream of TAS2R activation // Cells. – 2022. – №11. – Iss.22. – Article number:3638.

3. Grassin-Delyle S., Abrial C., Fayad-Kobeissi S., Brollo M., Faisy C., Alvarez J.C., Naline E., Devillier P. The expression and relaxant effect of bitter taste receptors in human bronchi // Respir. Res. – 2013. – Vol.14, – Iss.1. – Article number:134.

4. Shah A.S., Ben-Shahar Y., Moninger T.O., Kline J.N., Welsh M.J. Motile cilia of human airway epithelia are chemosensory // Science. – 2009. – Vol.325, – Iss.5944. – P.1131-1134.

5. Garnett J.P., Baker E. H., Baines D. L. Sweet talk: insights into the nature and importance of glucose transport in lung epithelium. // Eur Respir J. – 2012. – Vol.40. – Iss.5. – P. 1269–76.

6 . Lee R.J., Cohen N.A. Bitter and sweet taste receptors in the respiratory epithelium in health and disease // J. Mol. Med. (Berl). – 2014. – Vol.92, – Iss.12. – P.1235-1244.

7 .Наумов Д.Е., Гассан Д.А., Котова О.О., Шелудько Е.Г., Афанасьева Е.Ю., Сугайло И.Ю., Горчакова Я.Г. Взаимосвязь полиморфизмов генов TAS2R3, TAS2R4 и TAS2R5 с предрасположенностью к бронхиальной астме // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2024. – Вып.92. – С.8-17.

НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мамонтова П.В., Шашкова М.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В данной статье представлены результаты эмпирического исследования направленности личности у лиц подросткового и юношеского возраста. Актуальность данного исследования обусловлена значимостью подросткового и юношеского возраста как сензитивных периодов для становления ключевых личностных структур. В это время происходит активное формирование системы ценностей, мотивов и жизненных целей,

определяющих вектор развития личности. Сравнительный анализ особенностей направленности личности в эти возрастные периоды позволяет выявить динамику и ключевые точки роста мотивационной сферы. Полученные данные имеют практическую ценность для возрастной и педагогической психологии, так как могут быть использованы для разработки более эффективных программ психолого-педагогического сопровождения, помогающих молодежи в профессиональном и личностном самоопределении.

Материалы и методы исследования. В исследовании были использованы как теоретические, так и эмпирические методы. Посредством теоретических методов, которые включали в себя анализ научной литературы и метод теоретического моделирования, нами были определены объект и предмет исследования, выдвинута гипотеза и проведена оценка научной литературы по проблеме исследования. С целью решения поставленных задач исследования нами были использованы эмпирические методы, а в частности психологическое тестирование. Основу эмпирического исследования составили: тест смысложизненных ориентаций, СЖО (Авторы: J. Crumbaugh, L. Maholic – 1964; Адаптация: Д. А. Леонтьев - 1988), а также ориентировочная анкета Басса / ОДН (Автор: B. Bass – 1962; Адаптация: В. И. Тараненко – 2002). В результате нами был проведен сравнительный анализ данных, полученных в ходе исследования.

Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Второй базой исследования стала Гимназия №9 имени Героя Советского Союза Владимира Ковалева. В исследовании приняли участие 15 школьников - учащиеся 8 класса средний возраст испытуемых составил 14 лет, а также 15 студентов 1 курса специальности «Клиническая психология», средний возраст которых составил 17 лет.

Результаты и обсуждения. Теоретические анализ научной литературы позволил рассмотреть основные подходы к пониманию направленности личности в зарубежной и отечественной психологии, а также изучить структурные компоненты личности и их взаимосвязь с ее направленностью.

Впервые в отечественной психологии понятие направленности личности ввел С. Л. Рубинштейн, который определил ее через установки и тенденции, потребности, интересы и мотивы. Он рассматривает направленность личности как совокупность различных тенденций, в основе которых лежат потребности, мотивы деятельности [4]. Л. С. Выготский рассматривал направленность личности как результат сложного взаимодействия индивидуальных и социальных факторов. При этом автор подчеркивал, что развитие личности является не линейным процессом, а динамическим взаимодействием этих факторов. Большую роль в формировании личности играет культура, ведь она предоставляет человеку различные инструменты для формирования своей идентичности и направленности, организации полученного опыта и направления его в нужное русло [5]. А. Г. Маклаков в своих исследованиях говорил о том, что направленность – это установки, ставшие свойствами личности и проявляющиеся в таких формах, как влечение, желание, стремление, интерес, склонность, идеал, мировоззрение, убеждение. Причем в основе всех форм направленности личности лежат мотивы деятельности. Конечная форма направленности – это убеждение, оно является высшей формой направленности и является системой мотивов личности, побуждающих ее поступать в соответствии со своими взглядами, принципами и мировоззрением в целом [2].

В зарубежной психологии особую роль в рассмотрении направленности личности играли работы таких ученых, как К. Левин и его теория поля, К. Г. Юнг, который рассматривал направленность личности как некий динамический процесс, в котором важные роли играют внутренние и внешние факторы, а также Э. Эриксон, который утверждал, что направленность личности – не статичное состояние, а динамический

процесс, требующий постоянного самопознания и адаптации к различным жизненным изменениям [1; 3].

Эмпирическое исследование направленности личности, проведенное через сравнение подростковой и юношеской возрастной групп, показало, что направленность личности в период школьного и юношеского возрастов не имеют значительных отличий. Так, по показателям осмысленности жизни у школьников большинство испытуемых (53%) имеют средний уровень, тогда как высокий составил 20%, а низкий – 27%. У юношей по этому же показателю мы имеем похожие результаты – средний уровень у 60% респондентов, высокий – у 27%, низкий – у 13%. Кроме того по шкалам «Процесс жизни», «Результативность жизни» и «Локус контроля – жизнь» показатели отличались незначительно, что указывает на схожесть смысложизненных ориентаций в обоих возрастах. При этом по шкалам «Цели в жизни», «Локус контроля – Я» показатели у юношей были несколько выше, что может указывать на более сформированные жизненные ориентации в отношении поставленных целей и самоопределения. При исследовании направленности личности посредством ориентировочной анкеты Басса мы также отметили, что у подростков и юношей направленность на дело (37% у подростков и 38% у юношей) превалирует над направленностью на себя (31% и 32%) и общение (30% и 32%), показатели по данной методике также имеют сходные значения для обеих групп.

Выводы. Проведя анализ полученных эмпирических данных, мы сделали вывод о том, что в целом для молодых людей подросткового и юношеского возраста характерен средний уровень осмысленности. Юноши придают большую значимость жизненным целям, а подростки ориентированы на саму жизнь и свою способность влиять на нее. У представителей обоих возрастов преобладающей стала направленность на дело, что соответствует их основным видам деятельности, а именно учебной у школьников (показатель у подростков значимости учебы оказался выше, чем показатель важности общения), а также учебно-профессиональной у студентов. Также необходимо отметить, что направленность личности зависит от личных психологических особенностей человека, его социального окружения, в том числе семьи, а также жизненного опыта и личностных характеристик.

Список литературы.

1. Сериков А. Е. Концептуальный конструкт «Поведение» в теории поля Курта Левина // 2020 г. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnyy-konstrukt-povedenie-v-teorii-polya-kurta-levina/viewer (дата обращения: 27.07.2025)

2. Маклаков А. Г. Общая психология. - СПб.: Питер, 2001. - 592 с.: ил. - (Серия «Учебник нового века»)

3. Юнг К. Г. Развитие личности (том 17) - Изд-во: АСТ, 2024. - 235с.

4. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии - Издательство: Питер, 2002 г., 720 с.

5. Выготский Л.С. = Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. – 1136 с.

ТРЕВОГА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Михина К.А., Абакарова Э.Г.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Формирование постоянного страха, вследствие повышенной тревожности детей перед проведением стоматологического вмешательства ограничивает возможность оказания качественного стоматологического лечения. С возрастом детский страх становится психологической проблемой, приводящей к ухудшению стоматологического здоровья и развитию кариесогенной ситуации в полости рта. Помимо этого, особой проблемой в современной системе здравоохранения является работа с детьми имеющими расстройства аутистического спектра, так как стандартные подходы в данном случае оказываются неэффективными, вследствие сенсорной гиперчувствительности, стереотипного поведения и трудностей в социальной адаптации.

Таким образом главной целью исследования стало определение изменения уровня тревожности детей дошкольного возраста и детей с РАС на разных этапах адаптации к стоматологическому приему, а также разработка комплексной программы адаптации и повышения качества стоматологической помощи. Исследование проводилось на базе поликлиники «ГБУЗ СК Изобильненская районная стоматологическая поликлиника», в исследовании приняли участие 40 детей в возрасте от 3 до 6 лет. У 40 детей обратившихся в стоматологическую клинику проводилась диагностика тревожности с использованием проективного теста тревожности «Тест Тэммпл-Дорки-Амен», адаптированной для детей шкалы Кораха, визуальной оценки поведения, также был проведен анализ гигиенического состояния полости рта по индексу Федорова-Володкиной. Результаты методики Тэммпла-Дорки-Амена: высокий уровень тревожности у 5% детей, средний у 80%, низкий у 15% детей. По результатам качественного анализа адаптированной шкалы были выявлены патологические маркеры влияющие на уровень тревожности: страх звука стоматологической установки 17,5%, возможность появления боли 50%, страх уколов 22,5%, страх «белого халата» 10%. Визуальная оценка поведения выявила, что дети с высоким уровнем тревожности в кабинет заходить отказывались, плакали, в кресло садились только с родителями, не открывали рот. По результатам индекса Федоровой-Володкиной было установлено, что высокая степень тревожности детей способствует ухудшению уровня гигиены и развитию кариесогенной ситуации в полости рта. Спустя 12 месяцев проводилась повторная оценка уровня тревожности у этих же детей. В течение этого времени проводился ряд профилактических бесед и адаптационных визитов. Высокий уровень тревожности не был выявлен, средний уровень тревожности у 42% детей, низкий уровень тревожности у 58% детей. При этом боязнь «белого халата» и звуков снизились до минимальных значений. В ходе исследования на базе «ГБУЗ СК Изобильненская районная стоматологическая поликлиника» была проведена адаптация к стоматологическому приему 7 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) различных возрастных групп. Установление контакта с такими детьми включает несколько этапов: предварительное обсуждение предстоящего приема с родителями пациента, разработка плана адаптивных визитов, заполнение родителями авторской анкеты с вопросами о сенсорной чувствительности ребенка, благодаря которой врач заранее может оценить предпочитаемую сенсорную модальность и позволяют выявить непереносимость отдельных стимулов для выбора оптимальной стратегии работы с пациентом. Для детей с визуальным профилем восприятия подходит использование картинок о посещении стоматолога, предварительное знакомство с кабинетом и оборудованием, максимально возможная замена металлических инструментов на

пластиковые и силиконовые, минимизация яркого света и бликов. Детям с тактильной модальностью необходимо предварительное знакомство с материалами, использование массажных игрушек для десен, электрических зубных щеток дома, для лучшего восприятия вращающихся наконечников на приеме, применение специальных накладок на кресло, использование игрушек моделей. Результаты проведенной адаптации: в результате проведенной адаптационной работы пятеро из десяти детей самостоятельно согласились на проведение простых лечебных манипуляций, что обеспечило возможность полной санации в несколько приемов, четверо детей смогли без помощи родителей перенести профилактический осмотр и рентгенологическое обследование, один ребенок прошел полную санацию и периодически проходит профилактические осмотры исключительно с помощью родителей, при этом у всех детей снизился уровень тревожности. Производилась оценка по модифицированной шкале Кораха.

Результаты проведенного исследования и заключение. По результатам исследования были выявлены дети с повышенным уровнем тревожности. Данный показатель коррелирует с индексом гигиены полости рта по методике Федорова-Володкиной. Таким образом, доказана прямая зависимость между наличием высокого уровня тревожности и развитием стоматологических заболеваний. Удалось обнаружить маркеры патологических реакций на стоматологический прием, на основе которых была сформированна комплексная методика адаптации.

В ходе исследования были сформированы общие рекомендации по адаптации детей с РАС: Организация приема: увеличить количество “адаптивных” визитов до 7-10, использовать пластиковые инструменты вместо металлических, полоскать рот обычной водой, избегать ярких вкусовых переходов, разрешить присутствие родителей. Особенности коммуникации: говорить короткими фразами, делать паузы между предложениями, избегать приказов, использовать принцип “скажи-покажи-сделай”, часто называть ребенка по имени, избегать метафор и сравнений, формулировать просьбы без частицы “не”, предлагать минимальное количество вариантов выбора, предпочтительно первые 3 адаптационных приема проводить без ассистента. В результате применения данной профилактической программы наблюдается снижение уровня тревожности, что доказывает ее эффективность. Также в ходе нашего исследования были выделены общие рекомендации по адаптации детей, имеющих расстройства аутистического спектра, сформирована анкета для родителей, направленная на индивидуализацию профилактических визитов и была доказанна эффективность проведенных мероприятий.

Список литературы.

1. Абакарова Э. Г. Диагностика и коррекция тревожности у детей 5-7 лет в условиях дошкольного образовательного учреждения : специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии.» : Диссертация на соискание кандидата психологических наук / Абакарова Э. Г. ; . - Ставрополь, 2003. - 211 с

2. Акарачкова, Е. С., Шварков, С. Б. Тревога в неврологической и общесоматической практике. Современные аспекты терапии // Российский медицинский журнал.. - 2007. - №5. - С. 440-444.

3. Краснов В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Обсуждение проблемы классификации психических расстройсв. - 2020. - №7. - С. 33-38.

4. Леонович О. М. , Терехова Т. Н. Способы адаптации детей с высоким уровнем тревоги к стоматологическому лечению // Современная стоматология.. - 2016. - №2. - С. 54-57.

5. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Мельникова Д.В., Мельников П.Ю., Гнидина А.В. Анализ уровня тревожности детей на амбулаторном хирургическом приеме // Современные проблемы науки и образования.. - 2017. - №5. - С. 190-198.

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В МЕДИЦИНЕ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Похно Н.С., Козлова А.А., Чурсина П.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет " Минздрава России

Томас Карлейль - британский писатель, публицист, историк и философ однажды утвердительно заявил: «Здоровый человек есть самое драгоценное произведение природы» [14]. Для человека здоровье определяет его благополучие во всех его состояниях, иначе означая полноценность жизни или качество жизни. Деятельностное поведение человека обеспечивает его перманентное развитие в преодолении трудностей и достижении поставленных целей, понимая ценность и радость каждой минуты жизни.

Актуальность темы касается в определении методических подходов в медицине с помощью которых возможно предотвращение тяжёлых и хронических заболеваний и продление человеческой жизни. Одним из стратегических условий для решения этой задач является социальная активность личности в реализации своих социальных ролей, ведение здорового образа жизни, а также самостоятельный выбор трудовой профессиональной направленности, позволяющей предполагать о выборе любимого дела. В данном случае уместно сделать акцент на философский взгляд как на систему знаний о человеке, направленный на взаимодействие человека с окружающим миром людей и природой, формируя мировоззренческий взгляд на основе знаний в области метафизики, эпистемологии, логики, этики и эстетики, социальной философии. Учитывая, что в течение своей жизни человек подвергается воздействию разных заболеваний, то медицина, как сфера врачебной практической и научной деятельности, стремится к диагностированию, предупреждению и лечению выявленных признаков болезней человека. Стратегическая направленность государственных задач в сфере оздоровления населения в России определяется нормативно-правовой базой и её механизмами укрепления здоровья граждан, обеспечении профилактики заболеваний и формировании здорового образа жизни. Регулятором в сфере оздоровления населения в России становится нормативно-правовая база на примере Федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.1995 № 26-ФЗ. Философская основа профилактической медицины — теория гигиены как оптимального состояния человека и окружающей среды. Английский философ, писатель, историк XVI-XVII в.в. Фрэнсис Бэкон описал главные цели медицины как «... сохранение здоровья, излечение болезней и продление жизни...» в трактате «Новый органон» (1620) и труде «О достоинстве и приумножении наук» (1623) [1]. Приоритетными задачами в области медицины, как системная направленность, определяются процессы жизнедеятельности человеческого тела в условиях примерной нормы и патологии; зависимости здоровья человека от влияния окружающей и активной социальной среды. Естественные вопросы возникают по выявлению причин, условий и механизмов развития заболеваний человека, которые не всегда зависят от образа жизни человека, а являются проявлением генетических заболеваний. Таким образом, Ф Бэкон считал, что «...собственные наблюдения человека за тем, что ему хорошо, а что вредно, — лучшая медицина для сохранения здоровья...» [1]. К существенным факторам он относил тщательное ведение истории болезни пациента, анализируя и уделяя должное внимание клиническим результатам в исследовании на основе медикаментозного лечения. Понимание сущности болезней в изучении патологической анатомии формулирует знания о структурных основах различных заболеваний, помогая в диагностировании летального исхода, находя у больного характерные морфологические, функциональные и биохимические изменения. Следовательно, «...Диспансеризация — комплекс

мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья и осуществляемых в отношении определённых групп диспансерами..» [2;11]. Термин «диспансеризация» происходит от латинского слова «dispense», которое означает «распределять», «регулировать», «управлять» [2;11]. Путём рассуждений мы пришли к пониманию о значении диспансеризации в жизни человека как основы диагностирования с целью установлению уровня здоровья человеческого организма, выявлении проявившихся или хронических заболеваний. Философия по отношению к естественно-научным знаниям базируется на таких научных методах познания как дедукция и индукция, синтез и анализ, исторический, математический, сравнительный и статистический методы, способствующие постановке своевременного диагноза и последующему качественному лечению. Знаковым элементом в системе диспансерного обследования здоровья населения и профессионального диагностирования с учётом применения искусственного интеллекта, современных информационных и цифровых технологий, является система информирования населения о возможностях медицинских, оздоровительных и профилактических услугах в процессе прохождения диспансерного обследования; наличии государственных или муниципальных программ об оказании помощи человеку в вопросах восстановлении здоровья либо спасении человеческой жизни. Фундамент философия врачевания строится на научной теоретической основе в определении диагноза, своевременно оказанной лечебной помощи, последующей реабилитации, учитывая психосоматическую индивидуальность человека, качестве информационного восприятия о состоянии здоровья, при котором существенное значение имеет образовательный уровень личности. В процессе диагностирования врач (или специалист) способен выявить факторы риска, чтобы заинтересовать пациента в принятии профессиональных рекомендаций по предотвращению развития заболевания. Ф. Бэкон призывал врачей критически осмысливать, что следует называть «неизлечимыми болезнями», и не допускать диагностического суждения, выносимого иными врачами без достаточных оснований [1]. Диагностика- процесс исследования и анализа человеческого здоровья представляет собой учение о применении многочисленных методов, которые дошли до нас через значительный промежуток времени, претерпев допустимые изменения. Диагно́стика (от греч. διαγνωστικός – способный распознавать) в медицине это распознавание болезни у конкретного больного, т. е. установление диагноза. Многоступенчатый процесс клинической диагностики начинается с расспроса больного и выявления жалоб, которые, несмотря на их субъективный характер, имеют важное значение. Основные объективные симптомы болезни врач выявляет с помощью различных методов обследования – осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, лабораторных, инструментальных (включая биопсию), рентгенологических, эндоскопических, микробиологических, иммунологических, генетических и др. Чтобы оценить правильность диагноза, проводят динамическое наблюдение, в том числе анализ течения болезни под влиянием лечения. Термин «диагностика» используют также для обозначения раздела клинической медицины, изучающего методы и принципы распознавания болезней и постановки диагноза. Диагностика как метод исследования начала формироваться в Древнем Египте и Древней Греции. В частности, Гиппократ (около 460 до н.э. — 370 до н.э.) заложил основы клинической диагностики, акцентируя внимание на наблюдении за симптомами и их интерпретацией. Гиппократ ввёл изучение естественных выделений организма человека: мокроты и мочи. По характеристикам этих выделений следовало определять природу заболевания. Идеи Гиппократа в области диагностики заложили основы современной медицины. Его протоколы и руководства по классификации заболеваний используются врачами и сегодня. В современном мире вопросы в области гуманистического отношения к больному занимают важное место в лечении пациента. Для наилучшего понимания темы рассмотрим и проанализируем

представленную научную литературу. Изучая источники информации по данной теме, был определён ориентир на те вопросы, которые помогут рассмотреть данный проблему со всех сторон: во всех работах можно наблюдать общую идею понимания концепции «профилактика лучше, чем лечение». Эта идея заключается в том, что профилактика стремится не просто лечить болезнь, а поддерживать здоровье как состояние равновесия организма со средой. Здоровье — это не статичное отсутствие болезней, а динамический процесс адаптации. Профилактика — это активное поддержание этого процесса, укрепление "резервов адаптации" организма. Она рассматривается как более рациональная и гуманная форма медицинской практики, поскольку опережает этап страдания и дезадаптации организма. Исторически медицина была "реактивной" (лечила уже проявившиеся болезни). Современная же медицина должна быть "проактивной", то есть предвосхищающей. Таким образом, профилактика не просто "лучше" — она более эффективна и рациональна, так как воздействует на корень проблемы, а не на ее симптомы. Она является не просто практическим правилом, а нравственным императивом и высшим проявлением врачебной мудрости. Главная опасность в системе диспансерного обследования и «поспешного» определения диагноза - дегуманизация: Подмена врачебной интуиции, эмпатии и целостного клинического мышления бездушным алгоритмом приводит к утрате выстраивания партнерского взаимодействия, нацеленного на заинтересованности в объективном знании о состоянии здоровья пациента. Вопросы профессиональной этики в медицинской практике до настоящего времени являются актуальными. Культура, основанная на нравственных принципах, становится лучшим лекарством в процессе общения «врач-пациент». Принцип, которым руководствовался врач Парацельс в своей деятельности, звучал призывом: «Делай добро, твори милосердие»[7]. Для решения человеческих проблем известными умами, такими, как З. Фрейд, К. Юнг, А. Швейцер, применялись философско-медицинские знания, которые имели прочный фундамент моральных правил и нравственных норм.

В целях проверки гипотезы по теме исследования об эффективности профилактических мероприятий по выявлению заболеваний человека, а также профессионального диагностирования болезни, было проведено анкетирование среди обучающихся 1 и 2-х курсов стоматологического факультета СтГМУ.

При заполнении анкеты все участники сошлись во мнении, что профилактические мероприятия являются лучше лечения, так как способствуют своевременному выявлению рисков заболевания, минимизируя таким образом осложнения заболевания. Лучше предотвратить болезнь, чем лечить её. В вопросе о чрезмерной диагностике опрошенные дали несколько вариантов ответа:

1) одни считают, что излишнего внимания к здоровью не существует. В организме человека постоянно происходит огромное количество сбоев на молекулярном уровне, появляются мутации, также внутренние и внешние структуры могут в любой момент изменить своё состояние в худшую сторону. Постоянное наблюдение за своим состоянием поможет снизить риски появления заболеваний;

2) другие придерживаются мнения, что диспансеризация становится чрезмерной, когда её проводят часто и раньше назначенного срока. Чтобы исключить тревожность по поводу состояния своего здоровья необходимо раз в полгода проходить полноценное обследование.

Общим мнением стал вывод об обязательной диспансеризации и диагностировании состояния здоровья для всех категорий населения. Диспансеризация должна быть обязательна для работников медицинских и учебных учреждений, организаций, связанных с пищевым производством, что будет способствовать выявлению заболевания на ранних этапах с предотвращением его прогрессирования;

3)на вопрос о философских концепциях потребности в оказании помощи людям, опрошенные считают, что эта потребность будет стимулировать интерес врачей к пациентам, которые доверительно будут себя вести в процессе диагностирования;

4) опрошенные считают, что при принятии решения о диспансеризации не стоит ориентироваться на социальные и культурные аспекты, люди должны руководствоваться идеей о том, что их здоровье является самым важным, забота о нем должна быть в приоритете. Факторы, которые должны влиять на принятие такого решения(по мнению опрошенных это:

а) уровень здоровья людей в среднем по стране;

б) уровень осведомлённости людей о своём здоровье;

в) финансовая обеспеченность населения.

5) на вопрос: «Насколько важна роль пациента в процессе диагностики» опрошенные поясняли, что пациент в праве отказаться от обследования, лечения, ведь это его личное дело. Помимо этого существует мнение, что роль пациента важна, так как все манипуляции будут проводиться с ним, поэтому он имеет право отказаться от чего-либо;

6) на вопрос о персонализированной медицине половина опрошенных не смогли дать ответ, так как не имеют представления об этом. Другие же считают, что она необходима, так как персонализированная медицина поможет точнее определить методики, которые будет применять врач при диагностировании с учётом особенностей организма пациента, что поможет минимизировать ошибку при определении диагноза и назначении лечения;

7) на вопрос, какие философские и этические проблемы могут возникать в процессе диагностики, опрошенные отвечают, что табуированность некоторых тем, боязнь и неготовность принять результат обследования, могут повлиять на решения о прохождении диспансеризации;

8) одни опрошенные считают, что при внедрении современных технологий качество медицинского обслуживания для людей улучшится, ведь таким образом можно будет найти индивидуальный подход в лечении для каждого человека. Другие наотрез отказываются от использования искусственного интеллекта в целом. В заключении можно сделать вывод: после проведения данного исследования стало известно, что философские концепции, существовавшие ещё несколько веков назад, претерпев изменения, обосновывают в современном представлении человека значимость диспансеризации и диагностирования здоровья человека. Это способствует большей интеграции идеи о важности здоровья в жизни человека, что помогает ему заботиться о нём, обращаясь к врачу. Таким образом, популяризация профилактических мероприятий таких как диспансеризация и своевременное диагностирование и представляя собой государственную идеологию и заботу, ведёт к улучшению состояния здоровья населения страны.

Список литературы.

1. Бэкон, Фрэнсис (1561-1626). Новый Органон Novum organum scientiarum / Франциск Бэкон Веруламский; ред. И вступ.ст. Г. Тымянского; пер. С. Красильщикова.- Ленинград: Соцэкгиз. Ленинградское отд-ние, 1935. - 382,[1]с.

2. Большая медицинская энциклопедия. - М.: Эксмо, 2023. - 864 с.

3. Изель, Татьяна Николаевна Дифференциальный диагноз. Трудности в клинической практике и алгоритмы их решения / Изель Татьяна Николаевна. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2023. - 962 с.

4. Жданова, Ольга "На что жалуетесь?" Диагностическое расследование / Ольга Жданова , Ирина Стефанович. - Москва: Машиностроение, 2023. - 160 с.

5. Козаченко В. И, Петленко В.П. История философии и медицина. — С1б.,1994.

6. Лисицын Ю. П., Петленко В. П. Детерминационная теория медицины. - CF1.,19992.

7. Майер П. Парацельс — врач и провидец. / Пер. Е. Б. Мурзина. — М., 2003.
8. Пальцев А. И. Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций.
9. Петленко В. П. философия и мировоззрение врача. — Л,, 1991. 6. Порядин Г. В, Фролов В. А., Воложин А. И. // Патол. физиология и экспериментальная терапия. —2005. —№4.-С.2-5.
10. Селье Г. От мечты к открытию: Как стать учёным / пер. с англ. — М.: Прогресс, 1987.
11. Словарь русского языка: в 4-х т./РАН, Ин-т лингвистич. Исследований; Под ред. А.П. Евгеньевой.-4-е изд., стер. - М.: Рус.яз.; Полиграфресурсы, 1999.
12. Хрусталёв Ю.М., Царегородцев Г. И. Философия науки и медицины. — М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.
13. Чикин С. Я. Врачи-философы. — М.,1990

ВЛИЯНИЕ ОБСТАНОВКИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Рочева Е.И., Руликова А.С., Морозов А.М., Фисюк Е.А.
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

В обеспечении эффективности лечебного процесса в условиях стационара, по мнению Кацовой Г.Б. (2020), значимая роль отводится коррекции факторов, затрудняющих адаптацию пациента к новой для него больничной обстановке. К значимым причинам нарушения процесса адаптации отнесены страх неизвестности в первые дни госпитализации, трудности в общении с работниками стационара, в том числе неполнота получаемых сведений о методах лечения со стороны медицинского персонала [1].

В работе Юй Тянь (2023) отмечается, что комфорт пациента, включающий аспекты физической и социальной среды, уменьшает беспокойство, тревогу и уровень стресса, что приводит к ускорению процессов выздоровления [2].

Проведение множества исследований в области воздействия самых различных факторов среды на состояние здоровья пациентов подчеркивает актуальность внедрения пациентоориентированного подхода, необходимости совершенствования больничной обстановки посредством коммуникативной подготовки медицинских работников, изменения дизайна помещений, что обеспечит психологическое благополучие пациентов и сделает процесс лечения более эффективным [3,4].

Целью является изучение факторов обстановки медицинских организаций и степень их воздействия на физиологические параметры и психологическое состояние индивидов.

Материалы и методы. В ходе настоящей работы было проведено анонимное анкетирование населения Центрального федерального округа. Каждый опрашиваемый отвечал на 26 вопросов. В опросе участвовали 118 респондентов, составивших возрастные группы: от 18 до 20 лет — 46 респондентов (39%), от 21 до 35 лет — 32 респондента (27,1%), от 36 до 60 лет — 35 респондентов (29,7%), от 61 до 75 лет — 5 респондентов (4,2%). Распределение опрошенных по половому признаку было следующим: 41,5% — лица мужского пола, 58,5% — лица женского пола. Использовался статистический метод, метод анализа и синтеза, математический метод [5].

Результаты и обсуждения. В первую очередь важно было кратко оценить нынешнюю обстановку по обустройству больниц и удовлетворенность ею населением (случайной выборкой общества). С данной целью респондентам было предложено оценить условия

проживания в палатах на момент пребывания в стационаре. Нейтральной обстановку в палате во время пребывания в больнице называют 66 респондентов (55,9%), 27 респондентов (22,9%) оценивают обстановку, как комфортную, 16 респондентов (13,6%) — некомфортную, 7 респондентов (5,9%) — очень комфортную, 2 респондента (1,7%) — очень некомфортную.

Для анализа степени воздействия различных физических факторов внутренней среды лечебно-профилактических учреждений на самочувствие пациентов респондентам было предложено отметить несколько вариантов, которые, по их мнению, оказывают наибольшее влияние на самоощущение. Чистота, по данным исследования, оказалась наиболее важным фактором — 90 респондентов (76,3%) отметили ее, далее по значимости условия распределены следующим образом: 70 респондентов отметили шум (59,3%), 58 респондентов (49,2%) — отремонтированные потолки и стены, 54 (45,8%) — комфорт мебели, 48 (40,7%) — освещение. Было выявлено, что 49 респондентов (41,5%) связывают теплый бежевый/песочный цвет с наиболее успокаивающим действием, 21 респондент (17,8%) считают, что данный эффект оказывается наилучшим образом стенами мягкого зеленого цвета; 20 респондентов (16,9%) — светло-голубого; 16 (13,6%) — лавандового; 12 (10,2%) — нейтрального белого.

44 респондента (37,3%) отмечают, что наличие картин на стенах в палатах и коридорах слегка влияет на эмоциональное состояние положительным образом; 42 респондента (35,6%) — значительно улучшает настроение; 28 респондентов (23,7%) — не оказывает заметного влияния; а 4 респондента (3,4%) — вызывает раздражение.

Максимова А.Е. и соавт. (2023) в своей работе подтверждают, что визуальная связь с природой влияет на состояние некоторых ключевых структур мозга и на снижение чувства стресса. По мнению авторов статьи, компоненты ландшафта можно использовать для целенаправленного воздействия на физиологические показатели здоровья пациентов [5]. Данное утверждение так же подтверждается в проведенном исследовании, таким образом 68 респондентов (57,6%) указали, что наличие растений в палатах и коридорах создает ощущение уюта и жизни; 29 респондентов (24,6%) — немного улучшает атмосферу; 21 респондент (17,8%) — безразличны. Таким образом, можно сделать вывод о том, что наличие растений в коридорах и палатах значительно улучшает эмоциональное состояние пациентов.

Наряду с природными образами, влияние на различные системы человеческого организма, по мнению Хариной Г.В. соавт. (2023), оказывает музыка. В своей работе они отмечают, что прослушивание определенных композиций способствует нормализации артериального давления и сердечного ритма, положительно воздействует на качество сна [6]. При анализе вопроса о борьбе пациентов со стрессом были получены следующие ответы: музыка и чтение книг отмечали 67 респондентов (56,8%), они постоянно применяют данные средства, чтобы сделать процесс лечения эмоционально легче и менее стрессовым для себя, 42 респондента (35,6%) иногда применяют; 9 респондентов (7,6%) – вовсе не применяют, из которых 3 респондента (33%) не ощущают стресса, связанного с обстановкой больницы, 6 респондентов (67%) его испытывают.

Выводы. Обстановка, окружающая пациента, существенно влияет на его психоэмоциональное состояние. Невзирая на данные проведённого анкетирования, которые подтверждают, что некоторые элементы салютогенеза постепенно внедряются в медицинские учреждения, данная тема остается актуальной. Среди 118 респондентов 92 (78%) отметили, что условия проживания в стационаре важны. Коррекция факторов в виде страха неизвестности, высокого уровня шума, недостаточной чистоты помещений, коммуникации и психологической поддержки со стороны медицинского персонала способствуют уменьшению стресса, ускорению процессов реабилитации.

Список литературы.

1. Кацова, Г. Б. Психологические проблемы лечения больных в условиях стационара / Г. Б. Кацова // Клиническая медицина. Естественные и технические науки. — 2020. — № 9. — С. 189-192. — DOI: 10.37882/2223-2966.2020.09.19.
2. Tian, Y. A review on factors related to patient comfort experience in hospitals / Y. Tian // Journal of Health, Population and Nutrition. — 2023. — Vol. 42, № 1. — DOI: 10.1186/s41043-023-00465-4.
3. Беловол, Е. В. Психоэмоциональная поддержка пациентов перед использованием инвазивных медицинских изделий: индивидуальные и групповые стратегии / Е. В. Беловол, М. А. Сенчило // Биология и интегративная медицина. — 2025. — № 2. — С. 240-251. — DOI: 10.24412/cl-34438-2025-250-251.
4. Хронический болевой синдром, факторы риска развития на этапах хирургического вмешательства / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, В. А. Кадыков [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2021. – № 5(131). – С. 5-13. – DOI: 10.20333/25000136-2021-5-5-13.
5. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2021661873 Российская Федерация. Программа для проведения дистанционного социологического анкетирования: № 2021660772: заявл. 05.07.2021: опубл. 16.07.2021 / С. В. Жуков, М. В. Рыбакова, П. И. Дементьева [и др.].
6. Максимова, А. Е. Когнитивные подходы в разработке ландшафтной организации объектов здравоохранения / А.Е. Максимова, Н.А. Керимова // Системные технологии. — 2023. — Т. 1, № 46 — С. 180-186. — DOI: 10.55287/22275398_223_1_180.
7. Харина, Г. В. Роль музыкотерапии в поддержании комфортных условий жизнедеятельности человека / Г. В. Харина, М. С. Топорищев // Научное обозрение. Педагогические науки. Электронное издание. — 2023. — № 6. — С. 53-57. — DOI: 10.17513/srps.2512.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ РАЦИОНАЛЬНОСТИ

Рудых Н. А., Федичкина М. К.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

По данным Минздрава России каждый десятый пациент в мире умирает из-за врачебной ошибки. Такие данные приводил министр здравоохранения Михаил Мурашко на лекции о безопасности пациентов в Российском университете медицины. Эти данные обуславливают необходимость совершенствования диагностики и лечения за счет интеграции современных методологических подходов, отвечающих требованиям постнеклассической науки. Цель работы — изучить систему методов и подходов современной медицинской методологии для улучшения диагностики и лечения заболеваний у пациентов различного профиля путем систематического анализа литературных данных и сравнительной оценки клинических практик.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных методологическим основам медицины. Использованы методы сравнительного анализа клинических подходов, принципы доказательной медицины (Evidence-Based Medicine, EBM), а также методы теоретического анализа: системный, структурно-функциональный и синергетический подходы.

Результаты и обсуждение. Установлено, что комплексное применение методологических подходов способствует повышению точности диагностики и эффективности терапевтических вмешательств. Доказательная медицина, основанная на научных доказательствах и клиническом опыте, служит основой для принятия медицинских решений, однако ее фрагментарное использование увеличивает риски гипо- и гипердиагностики. Мультидисциплинарные подходы демонстрируют более высокую эффективность по сравнению с монотерапией. Полученные данные согласуются с результатами исследований Карелина А.О. и Еремина Г.Б. (2021), подтверждающих необходимость интеграции принципов EBM в клиническую практику. Важную роль играет системное мышление, рассматривающее пациента как целостную систему, что соответствует современным тенденциям в медицине, отмеченным Разумовым В.В. (2011). Выявленные негативные тенденции, такие как технократизация медицины, требуют дальнейшего изучения и коррекции.

Заключение. Выявленная технократизация медицины ведет к преобладанию алгоритмов над клиническим мышлением, фрагментарному восприятию пациента и дегуманизации помощи. Для коррекции этой тенденции необходимо развивать системное мышление врачей, интегрировать гуманитарные знания в образование и учитывать человеко-центрированные параметры при оценке качества помощи. Перспективным направлением является разработка моделей, сочетающих технологический прогресс с фундаментальными принципами клинической практики. Это позволит улучшить результаты лечения, сократить время реабилитации и снизить риск осложнений у пациентов.

Список литературы.

1. Демина Н. В. Концепция этоса науки: Мертон и другие в поисках социальной геометрии норм // Социологический журнал. – 2005. – №4. – С. 5-47.

2. Карелин А. О., Еремин Г. Б. Проблемы и перспективы использования доказательной медицины в гигиене (Систематический обзор) // Гигиена и санитария. – 2021. – №8. – С. 750-754.

3. Киселев С. М. Основные принципы доказательной медицины: учебное пособие / С. М. Киселев. – Запорожье: ЗГМУ, 2019. – 124 с.

4. Лебедев С. А. Классическая, неклассическая и постнеклассическая методология науки // Гуманитарный вестник. – 2019. – №2. – С. 1-15.

5. Лебедев С. А. Курс лекций по философии науки: учебное пособие / С. А. Лебедев. – Москва: Издательство МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2014. – 318, [2] с.

6. Лебедев С. А. Методология научного познания: монография / Лебедев С. А. ; МГУ им. М. В. Ломоносова, МГТУ им. Н. Э. Баумана. – М.: Проспект, 2016. – 256 с.

7. Лебедев С. А. Философия науки: общие проблемы: учебное пособие. – М.: Издательство Московского университета, 2012. – 336 с.

8. Лебедев С. А., Щукин Г. О. Методология классической, неклассической и постнеклассической науки // Журнал философских исследований. – 2022. – №2. – С. 32-40.

9. Никулина М. А. Методологические основания применения социосинергетической модели самоорганизации в биоэтике // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – Тамбов: Грамота, 2012. – №12 (26): в 3-х ч. – Ч. II. – С. 138-143.

10. Разумов В. В. Еще раз о философии медицины // Фундаментальные исследования. – 2011. – №11-2. – С. 433-439.

ИЗУЧЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХА ПЕРЕД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Сухарева В. Р., Карова Ф. Т., Айдинова Л.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Уровень тревожности и наличие страхов у ординаторов перед профессиональной деятельностью являются важной проблемой и требует изучения с дальнейшими действиями по принятию мер, снижающих негативные последствия и улучшающих эмоциональный статус будущих врачей, что в дальнейшем будет отражаться на качестве и уровне оказываемой помощи и самочувствии врачей.

Профессиональное благополучие будущих врачей зависит не только от достижений в профессиональной деятельности и уровня знаний, но и от самоощущения на рабочем месте, уверенности в своих силах. В связи с высокой ответственностью, нарастающими требованиям и началом самостоятельной работы в качестве врача, многие ординаторы могут подвергаться тревожным мыслям и появлению страхов, связанных с профессиональной деятельностью и действующих на них негативно.

По результатам одного исследования, ординаторы испытывают эмоциональный дискомфорт и трудности психологической адаптации, отмечается наличие страха, тревожности, неуверенности в собственных силах перед профессиональной деятельностью [1].

Частыми факторами, не удовлетворяющими ординаторов и снижающих заинтересованность в профессии, являются слишком большой объем нагрузки, повышенная ответственность и низкая оплата труда. Данные факторы снижают мотивацию и служат причинами ухода из медицины [2,3], либо же приводят к развитию синдрома эмоционального выгорания, который отражается на качестве и производительности выполняемой работы [4].

Успешная адаптация ординаторов к предстоящей профессиональной деятельности приводит к предотвращению или снижению выгорания, неуверенности в собственных силах, желания смены сферы деятельности, потери мотивации продолжать работать и учиться в выбранной специальности [5]. Для этого необходимо исследовать и изучить наличие и уровень тревожности, присутствие страха перед профессиональной деятельностью, а также те факторы, которые к ним приводят. Важно и узнать, что по мнению самих ординаторов может помочь им в снижении тревожных мыслей и борьбе со страхами. Данная информация может помочь в мероприятиях по снижению негативных мыслей и факторов, более успешной адаптации специалистов к их профессиональной деятельности.

Целью данного исследования является изучение тревожности и уровня страха перед профессиональной деятельностью у ординаторов в ходе прохождения анкеты и методики на определение уровня тревожности.

Материалы и методы: авторская анкета из 10 вопросов и методика «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (Teilor's Manifest Anxiety Scale) в адаптации В. Г. Норакидзе (1975).

Результаты и обсуждения. В анкетировании приняло участие 58 ординаторов различных специальностей, среди которых 45% не имеют опыта работы, 22% имеют меньше года опыта работы и 33% - больше года. 15,5% работали на должности участкового врача и 36% на должности среднего медицинского работника.

По результатам методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» в адаптации В. Г. Норакидзе 17,2% респондентов имеют очень высокий уровень тревоги, у 19% наблюдается высокий уровень тревоги, у 31% средний (с тенденцией к высокому)

уровню тревоги, у 10,3% средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги. Ни у кого из опрошенных не было выявлено низкого уровня тревоги.

34% респондентов очень часто переживают, когда начинают думать о предстоящей рабочей деятельности, 41% иногда, 15,5% редко и 8,6% не переживают об этом.

Сильное влияние оказывают тревожные мысли о предстоящей профессиональной деятельности на 19% опрошенных, умеренное на 36%, слабое на 22% и отсутствие влияния на 22%.

Положительные мысли (воодушевление, предвкушение) во время представления врачебной деятельности посещают 43% ординаторов, негативные (страх, тревожность) 36%, а нейтральные 20,7 %.

Наиболее часто, касаемо организационно-рабочих моментов, респондентов пугают переработки и высокие нагрузки (72%), недостаточный уровень заработной платы (62%), недружелюбный рабочий коллектив и руководство (60%), плохие условия труда (48%) и отсутствие безопасности (36%). 12% выбрали отсутствие возможностей посещения курсов повышения квалификации и мероприятий.

Касаемо личностных аспектов, ординаторов в будущей профессиональной деятельности пугают страх недостаточной квалификации и малого объема знаний (70,7%), страх неуверенности в своих силах (64%), страх перед сложными и конфликтными пациентами (62%), страх неоправдания собственных ожиданий в профессии (50%), страх перед работой с тяжелобольными людьми и умирающими (27,6%), страх неоправдания ожиданий родственников и близких людей (21 %).

У 51,7% страхи мотивируют работать и учиться усерднее, заполнять пробелы. У 31% страхи перед профессиональной деятельностью мешают выполнять свою работу. Наличие страхов у 17% опрошенных никак не влияют на их профессиональную деятельность.

По мнению ординаторов, мерами для предотвращения тревожности и страха являются: наличие разнообразной практической деятельности, поддержка и советы со стороны практикующих врачей, сессии с психологами, нарабатывание опыта, увеличение объема знаний в выбранной специальности, прохождение курсов и вебинаров по психологии, введение на уровне студенчества в курс психологии улучшение коммуникационных навыков и методов борьбы с тревожностью, снижение возвышенных ожиданий с работников врачебных специальностей, позитивные мышления и настрой, умение распределять свое время и разграничивать работу с личной жизнью, увеличение заработных плат, иметь веру в себя, качественный отдых и гарантия безопасности в сфере защиты от агрессивных действий пациентов.

Выводы. По результатам прохождения методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» в адаптации В. Г. Норакидзе (1975) можно сделать вывод о достаточно высоком уровне тревожности у большей части респондетов, среди которых у 17,24% наблюдается очень высокий уровень тревожности.

Больше половины опрошенных при мыслях о предстоящей рабочей деятельности испытывают переживания, которые имеют сильное или умеренное влияние на повседневную жизнь респондентов. Однако 43% чаще также испытывают и положительные эмоции, когда начинают думать о будущей деятельности и у 21% наблюдается проявление негативных эмоций.

Больше всего из организационно-рабочих моментов пугают высокая нагрузка и возможность переработок, недостаточный уровень оплаты труда и отсутствие дружелюбной рабочей атмосферы. Касаемо личностных аспектов, преобладают страхи недостаточности объема знаний и опыта, неуверенности в своих силах и столкновений со сложными и конфликтными пациентами.

Важный момент касается общей роли отражения страха на профессиональной деятельности, так как у половины респондентов его наличие мотивирует работать и

учиться усерднее, развиваться и заполнять имеющиеся пробелы в знаниях, а у 31% страхи мешают выполнять свою работу.

Корреляция между наличием опыта работы и уровнем тревожности отсутствует: показатели результатов у ординаторов с наличием опыта работы и у ординаторов без опыта работы примерно равные.

Наиболее часто называемыми мерами для предотвращения тревожности и страха являются повышение условий и оплаты труда, поддержка рабочего коллектива, наличие большого опыта работы и объема знаний, работа с психологами, позитивное мышление и качественный отдых.

Список литературы.

1. Абдуллаева, А. С. Исследование профессиональной адаптации ординаторов разного профиля / А. С. Абдуллаева, Л. Ю. Бусурина // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2024. – Т. 13, № 5-1. – С. 103-110.

2. Сухарева, И. А. Влияние различных факторов на желание ухода из медицины студентов-медиков, ординаторов и врачей / И. А. Сухарева, Р. И. Ислямов, Г. Р. Касаева, П. Е. Максимова // МНИЖ. – 2022. – №5-2 (119). – С. 169-172.

3. Твилле, П.С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания врачей-ординаторов в Российской Федерации: анализ факторов и подходы к профилактике / П. С. Твилле, В. И. Ледовский, Н. А. Сирота, В. В. Мадьянова // Консультативная психология и психотерапия. – 2024. – Т. 32, № 2(124). – С. 171-192.

4. Широков В. А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания в различных профессиональных группах (аналитический обзор) / В. А. Широков, А. В. Новикова, Е. В. Зибаев, А. В. Жеглова, И. В. Бутакова // Гигиена и санитария. – 2023. – №11. – С. 1170-1176.

5. Игна О. Н. Организационные проблемы адаптации ординаторов к образовательно-профессиональной деятельности / О. Н. Игна, А. О. Окороков, Л. Г. Смышляева, Т. Н. Василькова // Образование и наука. – 2025. – №2. – С. 58-82.

ТЕЛО КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДУШИ

Теняков А.В., Гаспарян К.К., Поляков О.В.

Армавирский механико-технологический институт, филиал ФГБОУ Кубанский государственный технологический институт

Тело можно воспринимать как физическую оболочку, в которой обитает и развивается душа [4]. Эта взаимосвязь между физическим и духовным является основополагающей для понимания человеческого существования. Мы ежедневно ощущаем влияние этой связи через разнообразные эмоциональные реакции, которые проявляются как на нашем лице, так и в языке тела.

Эмоции, которые мы испытываем, отражают не только внутреннее состояние души, но и оказывают непосредственное влияние на наше тело. Например, страх может заставить сердцебиение учащаться, а радость — заставить нас расправить плечи и улыбнуться. Каждое движение и выражение лицом служат не только сигналами для окружающих, но и отражают гармонию или диссонанс между телом и душой.

С точки зрения психосоматики, здоровье тела напрямую связано с состоянием души. Если душа испытывает страдания или подавленность, это может негативно отразиться на физическом состоянии, вызывая различные недуги. Таким образом, забота о душевном благополучии имеет не менее важное значение, чем уход за телом.

Слияние тела и души представляет собой сложный и многослойный процесс, требующий внимательного подхода. Осознавая эту взаимосвязь, мы можем более полно понять себя и реализовать свой потенциал, как на эмоциональном, так и на физическом уровне.

Философский взгляд на взаимосвязь тела и души представляет собой фундаментальную тему, которая занимала мыслителей на протяжении всей истории философии [1]. В частности, Платон, один из величайших философов Древней Греции, выдвинул концепцию, в которой душа рассматривается как бессмертная сущность, временно обитающая в теле. Эта идея подразумевает, что тело и душа находятся в неизменной связи, где душа является вечной и неподверженной изменениям, в то время как тело является временным и подверженным физическим воздействиям.

Платон в своих диалогах, таких как «Федон» и «Государство», рассматривает различия между телесным и душевным началами человека, обсуждая их роли в познании и этике [3]. Он утверждает, что душа обладает познавательными способностями, которые превышают физические ограничения тела и что истинное знание возможно лишь через понимание мира идей, который существует вне материальной реальности.

Таким образом, философия Платона подчеркивает глубинную взаимосвязь тела и души, где каждое из этих начал исполняет свою уникальную функцию, но при этом они взаимозависимы. Тело служит лишь временным вместилищем для души, в то время как душа, по своей природе, стремится к гармонии и истине. Этот взгляд на взаимосвязь тела и души продолжает оказывать влияние на современную философскую и психологическую практику, где исследуются вопросы личной идентичности, самосознания и связи между физическим и психическим состоянием человека.

В конечном итоге, философские размышления о душе и теле остаются актуальными, вызывая интерес и вовлекая в диалог такие дисциплины, как этика, метафизика и даже когнитивные науки.

Психосоматика представляет собой область медицины, которая исследует взаимосвязь между психологическими факторами и физическим здоровьем человека [2]. В отличие от традиционного подхода, сосредотачивающегося исключительно на физиологических процессах, психосоматика утверждает, что эмоции и психическое состояние человека могут оказывать значительное влияние на развитие различных заболеваний.

Современные исследования показывают, что эмоциональный стресс может стать катализатором для возникновения или обострения множества заболеваний. Например, такие расстройства как гипертония, болезни сердца, астма и даже кожные заболевания могут иметь психологические корни. Психосоматика объясняет эти связи через механизм, при котором длительный стресс приводит к нарушению функционирования иммунной и эндокринной систем, создавая предрасположенность к физическим недугам.

Стоит отметить, что не все заболевания имеют психосоматическую природу, однако, использование психосоматического подхода в лечении может существенно улучшить результаты терапии. Понимание того, что эмоциональный фон пациента играет важную роль в его физическом благополучии, позволяет врачам и психологам разрабатывать более комплексные и эффективные методы лечения.

Для успешного управления стрессом и улучшения психоэмоционального состояния нередко применяются такие техники, как медитация, психотерапия и методы релаксации. Эти подходы способствуют не только снижению уровня стресса, но и улучшению общего состояния здоровья.

Психосоматика открывает новые горизонты в понимании здоровья и болезни, подтверждая, что внимание к психическим и эмоциональным аспектам жизни важно не только для профилактики заболеваний, но и для достижения наилучших результатов в лечении уже существующих недугов. Понимание этой взаимосвязи может стать ценным

инструментом в практике как медицинских специалистов, так и самих пациентов, стремящихся к гармонии между телом и разумом.

Заключение. Таким образом, можно утверждать, что тело выступает не просто физической оболочкой, но и настоящим отражением нашей внутренней жизни и эмоционального состояния. Каждый аспект нашего физического существования, начиная от здоровья и заканчивая внешним видом, в значительной степени связан с тем, что происходит внутри нас. Уделяя внимание своему телесному состоянию, мы не только укрепляем здоровье, но и создаем гармонию между телом и душой.

Подводя итоги, следует отметить, что наше тело — это священное пространство, которое требует уважения и заботы. Поддерживая его в хорошем состоянии, мы обеспечиваем себе возможность полноценно переживать каждый момент жизни, выражать свои чувства и стремиться к саморазвитию. Поэтому инвестируя время и внимание в заботу о своем теле, мы в первую очередь заботимся о нашем внутреннем мире и стремлении к гармонии.

Список литературы.

1. Баниже, О. Н. Взаимодействие души и тела как основная проблема философской антропологии / О. Н. Баниже // Наследие веков. – 2015. – № 4(4). – С. 71-74. – EDN TOWODG.

2. Великанова Л. П., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-rasstroystva-sovremennoe-sostoyanie-problemy-chast-1

3. Ивонин, Ю. П. Философская антропология Платона / Ю. П. Ивонин // Идеи и идеалы. – 2018. – Т. 1, № 1(35). – С. 70-89. – DOI 10.17212/2075-0862-2018-1.1-70-89. – EDN YVJJKM.

4. Лобастов, Г. В. Мыслящее тело и ощущающая душа в формах человеческой деятельности / Г. В. Лобастов // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. – 2012. – № 15(95). – С. 11-28. – EDN PLVTUD.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: ПРИЧИНЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

Умарова Л.С.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Период после родов является критическим этапом в жизни женщины, требующим адаптации к новым физическим и эмоциональным условиям. Несмотря на радостное событие рождения ребёнка, многие женщины сталкиваются с серьёзными психологическими трудностями. По данным ВОЗ, послеродовая депрессия встречается у 10–20% женщин, а в некоторых группах риска этот показатель выше. Понимание факторов, способствующих развитию ПД, и внедрение эффективных стратегий вмешательства имеют ключевое значение для охраны здоровья матери и ребёнка.

Актуальность:

Послеродовая депрессия оказывает значительное влияние не только на эмоциональное состояние матери, но и на когнитивное, эмоциональное и физическое развитие ребёнка. Отсутствие своевременной помощи может привести к хроническим депрессивным расстройствам, нарушению привязанности и проблемам в семейных отношениях. В связи с этим разработка и внедрение комплексных мер по профилактике и

лечению ПД является приоритетом в современной медицинской психологии и акушерстве.

Материалы и методы:

Работа основана на анализе научных публикаций, клинических рекомендаций и данных систематических обзоров, опубликованных в период с 2015 по 2024 годы. Рассматривались исследования, посвящённые биологическим, психологическим и социальным аспектам послеродовой депрессии, а также методам её диагностики и коррекции. Особое внимание уделялось доказательной базе эффективности психотерапии, медикаментозного лечения и программ социальной поддержки.

Результаты:

Анализ литературы показал, что к основным биологическим причинам ПД относятся резкие гормональные изменения (снижение уровня эстрогенов и прогестерона), нарушения сна и физическое истощение. Психосоциальные факторы включают отсутствие поддержки со стороны партнёра и семьи, финансовые трудности, а также наличие депрессии или тревожных расстройств в анамнезе. Эффективные практические решения включают:

1. Ранний скрининг и диагностика с использованием стандартизированных шкал (например, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии).
2. Индивидуальная и групповая психотерапия.
3. Поддержка грудного вскармливания и обучение навыкам ухода за ребёнком.
4. В некоторых случаях — назначение антидепрессантов под контролем специалиста.
5. Создание программ социальной поддержки для молодых матерей.

Заключение. Послеродовая депрессия - сложное мультифакторное состояние, требующее комплексного подхода к профилактике и лечению. Ранняя диагностика, психотерапевтическая и медикаментозная поддержка, а также участие семьи и общества в реабилитационном процессе позволяют значительно снизить риск развития ПД и улучшить качество жизни матери и ребёнка.

Список литературы.

1. World Health Organization. (2022). Mental health of women in the postpartum period.
2. O'Hara MW, Wisner KL. (2019). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 28(1), 3-12.
3. Stewart DE, Vigod SN. (2016). Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annu Rev Med, 67, 231-245.
4. Шнейдер Л.Б. (2021). Психология материнства: от беременности до трёх лет ребёнка. М.: Академический проект.

ОБРАЗ ВРАЧА В МАССОВОЙ КУЛЬТУРЕ: ВЛИЯНИЕ ТЕЛЕСЕРИАЛОВ НА ВОСПРИЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цховребова Е.А., Лобода К.И., Морозов А.М., Фисюк Е.А.
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Медицинские драмы являются одними из самых часто просматриваемых жанров на телевидении, где зрители сталкиваются с героическими врачами, способными вылечить любое заболевание. Сериалы оказывают сильное и различное влияние на общественное мнение, выполняя, как развлекательную, так и обучающую функции. В подтверждение вышеизложенного, в работе Казиева А.Д. и соавт. (2023) медицинский сериал рассматривают, как дидактический инструмент для формирования иноязычной

компетенции, где медицинские сериалы являются многофункциональным образовательным средством, которое помогает в изучении иностранного языка и развивает профессиональные навыки, кроме того, способствует профессиональной ориентации [1].

Медицинские сериалы не только играют большую роль в формировании профессиональных стандартов для медицинских работников, но и влияют на образ и отношение к ним обществе, выполняя образовательную и нормотворческую функцию в области развития системы здравоохранения. Телесериалы и фильмы оказывают большое воздействие на формирование поведения, сознания и образа жизни, через создание образцов для подражания, что в итоге влияет на общественное мнение [2,3,4,5].

Целью работы является изучение влияния медицинских сериалов на отношение к медицинской деятельности.

Материалы и методы. В ходе данной работы был проведён анонимный опрос с помощью анкеты, который содержал 19 вопросов. Было опрошено 136 респондентов, составивших 5 возрастных групп: от 18 до 25 лет – 51 респондент (37,5%), от 25 до 35 лет – 10 респондентов (7,4 %), от 35 до 45 лет – 14 респондентов (10,3%), от 45 до 55 лет – 28 респондентов (20,6%), от 55 до 65 лет – 33 респондента (24,2%). Среди опрошенного населения количество респондентов мужского пола составляет 55 (40,4%), а респондентов женского пола – 81 (59,6%). Использовался статистический метод, метод анализа и синтеза, математический метод [6].

Результаты и обсуждение. Результаты опроса показали, что из общего числа опрошенных 103 респондента (75,7%) просматривают медицинские сериалы, тогда, как 33 респондента (24,3%) не проявляют интереса к данному жанру.

Далее анализ данных производился на основании 103 респондентов, которые просматривают медицинские сериалы.

Наиболее многочисленная группа в ходе опросника оказались люди в возрасте от 18-25 лет – 51 респондент (37,5%). Возраст от 25-35 составил 10 респондентов (7,4%). От 35 до 45 – 14 респондентов (10,3%). Две категории 45-55, 55-65 лет набрали в сумме (44,8%): 45-55 лет – 28 респондентов (20,6%), 55-65 лет – 33 респондента (24,2%).

Женщинам больше интересны медицинские сериалы, чем мужчинам, данные отражены в результате опросника: Женщин – 61 респондент (59,6%), Мужчин – 42 респондента (40,4%).

Самыми просматриваемыми сериалами среди опрошенных были: Склифосовский 61 респондент (59,2%), Интерны 72 респондента (69,9%), Доктор Хауз 54 респондента (52,4%), Скорая помощь 49 респондента (47,6%). Для большинства людей, смотревших «Склифосовского» и «Интернов», медицинские сериалы являются тем, чем они задумывались — художественным сериалом. Так, как в данных сериалах медицина показана более реалистично, данный здоровый подход имеет чёткое распределение между экраном реальности и работой больниц, врачей.

Высокие технологии и новые методы лечения показывают в сериалах в целях привлекательности и излишней драмы, что сбивает зрителя, который в жизни такого не видит. Ярким примером такой «привлекательности» являются сериалы «Доктор Хауз» и «Скорая помощь». 61 респондент (59,2%) считает, что такие технологии применяются частично, в крупных центрах. Указанное наблюдение говорит о частичном влиянии сериала на человека, но с определённым фильтром на картинку. Другая группа ответила, что такие технологии доступны ограниченному числу больниц, что более правильно 27 респондентов (26,2%). Возможно, они менее подвержены влиянию сериалов и смотрят трезво на распределение ресурсов в здравоохранении. Среди опрошенных 15 респондентов (14,6%) считают, что все обстоит совершенно иначе, что может говорить о том, что данная группа больше подвержена мифам о том, какое оборудование используется в медицине.

По мнению Кичеровой М.Н. и соавт. (2023), роль сериалов в жизни молодежи неоднозначна и носит комплексный характер, проявляясь, как в позитивном влиянии на развитие мышления и социальных навыков, так и в негативном – размывания границ между нормой и повышении лояльности к девиантному поведению [7]. В ходе анализа полученных данных опроса было отмечено, что большинство опрошенных 61 респондент (58,3%) подчеркнули нейтральность влияния медицинских сериалов на свое восприятие профессии врача и самой медицины. Лишь небольшая доля аудитории 30 респондентов (29,1%) уверена, что сериалы оказывают положительное влияние благодаря демонстрации высокого уровня профессиональной компетенции врачей. Однако число тех, кто считает воздействие отрицательным, значительно ниже 12 респондентов (11,7%). Указанное свидетельствует о понимании зрителями условности происходящего на экране и осознания того, что медицинская практика далеко не всегда соответствует телевизионному образу, включающему быстрые постановки диагнозов и идеальные исходы операций.

Выводы. Просмотр медицинских сериалов распространён примерно одинаково среди всех возрастных категорий. 103 респондента из 136 опрошенных смотрят медицинские сериалы, а наиболее многочисленной группой являются молодые зрители возрастом от 18 до 25 лет. Подавляющее большинство воспринимают сериал как художественное произведение и разделяют сериал от реальной работы врачей. У респондентов в значительной степени формируется мнение на основе личного опыта и образования.

Список литературы.

1. Казиева, А.Д. Медицинский сериал как дидактический инструмент формирования иноязычной компетентности / А.Д. Казиева, С.И. Маджаева, С.Р. Алиев // Студенческий электронный журнал Стриж. – 2023. - №1 (48) – С. 13-15.

2. Влияние студенческого научного общества на формирование компетентного специалиста / Е. М. Мохов, А. М. Морозов, В. А. Кадыков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. – С. 112.

3. Цуверкалов, А.Е. Медицинская тематика в кинематографе / А.Е. Цуверкалов, В.А. Воробьева, Н.Н. Скокова, И.В. Зубенко, И.Е. Маснева // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2021. - №1-4 (15) – С. 83-87. – DOI: 10.24411/2500-1000-2021-1018.

4. Роль неинвазивных методов исследования в современной клинической практике / Т. В. Сороковикова, А. М. Морозов, С. В. Жуков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 2. – С. 137. – DOI: 10.17513/spno.31502.

5. Gavryushina, D. «Television style»: the role of serials in shaping the lifestyle and behavior of the viewer / D. Gavryushina, E. Zhukova, N. Fominykh // INFORMATION AGE (ONLINE MEDIA). – 2021. – Vol. 5, No. 2 (15). – P. 31-36. – DOI: 10.33941/age-info.com52(15)4.

6. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2021661873 Российская Федерация. Программа для проведения дистанционного социологического анкетирования: № 2021660772: заявл. 05.07.2021: опубл. 16.07.2021 / С. В. Жуков, М. В. Рыбакова, П. И. Дементьева [и др.].

7. Кичерова, М.Н. Роль сериалов в жизни молодежи / М.Н. Кичерова, А.А. Бородкина // Вестник Тюменского Государственного Университета. Социально-экономические правовые исследования. – 2023. – Т.9. - №3 (35) – С. 68-88. – DOI: 10.21684/2411-7897-2023-9-3-68-88.

РАЗДЕЛ 5.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

АКТУАЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Айдинова Л.В., Жукова Е. И.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Онкологические заболевания одна из ведущих причин летальных исходов во всем мире. По данным здравоохранения в 2022 году в Российской Федерации впервые был поставлен диагноз и зарегистрировано 624,8 тысячи новых случаев заболеваний. Оптимальным способом профилактики онкологических заболеваний является диспансеризация, представляющая собой комплексное медицинское обследование, которое проводится для оценки состояния здоровья человека, выявления заболеваний на ранней стадии. При этом важен процесс взаимодействия врача и пациента с онкологией на всех этапах оказания медицинской помощи, так как моральные дилеммы в этой сфере медицины актуальны для специалистов иных медицинских направлений [4]. Круг моральных проблем в онкологической практике обусловлен соблюдением или не соблюдением этических принципов в процессе оказания медицинской помощи пациенту с онкологией.

Ключевым и основополагающим правилом, которым руководствуются не только онкологи, но и все медицинские работники, является принцип «не навреди». Крайне важно, чтобы возможный ущерб от медицинского вмешательства не был больше, чем польза, которую оно приносит [2].

Принцип «делай благо» опирается не столько на логический анализ, сколько на сочувствие и сострадание. Врач должен проявлять эмпатию, чтобы подобрать подходящий момент для предоставления необходимой информации [2, 3].

Принцип справедливости подразумевает одинаково уважительное отношение ко всем пациентам и предоставление им сопоставимой по качеству помощи, независимо от их социального положения, рода деятельности или каких-либо личных обстоятельств [2].

Особое внимание в онкологической практике следует уделить принципу честности и правдивости, который вызывает дискуссии. В соответствии со статьей 22 Федерального закона №323-ФЗ от 21. 11. 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», любой человек, являющийся пациентом, наделен правом на получение понятной информации о поставленном ему диагнозе, итогах проведенных исследований, способах предоставляемой медицинской помощи, потенциальных опасностях, связанных с ней, и вероятных последствиях терапии. В современной медицинской практике, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, концепция «благонамеренной лжи» больше не применяется [1, 5].

Законодательные нормы, касающиеся принципа информированного согласия закреплены в статье 20 Федерального закона от 21. 11. 2011г. №323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии с установленным порядком, проведение любых медицинских процедур или манипуляций допустимо исключительно при наличии предварительного, осознанного согласия больного или его юридически уполномоченного лица [1, 5].

Принцип автономии подразумевает, что пациент обладает правом самостоятельно определять стратегию заботы о своем здоровье, включая выбор методов лечения и других медицинских процедур [2, 3].

Принцип конфиденциальности подразумевает следующее - врач обязан хранить в тайне информацию об онкологическом больном, не допуская ее распространения среди посторонних. Исключение составляют близкие родственники и доверенные лица лишь с разрешения пациента [2].

Материалы и методы исследования. В рамках изучения заявленной темы, было проведено исследование, целью которого являлось выяснение мнения пациентов

относительно ключевых аспектов взаимодействия врача и онкологического больного. Была разработана авторская анкета, состоящая из 6 вопросов, которые предполагают анализ отношения пациентов к спорным морально-этическим проблемам, возникающим в онкологической практике. Исследование проводилось с использованием онлайн-опроса, по средствам ресурса «GooglForm», в котором приняли участие 88 человек. Независимых респондентов в возрасте от 18 до 35 лет поучаствовало 23% (20 человек), от 36 до 55 лет - 23% (20 человек) и свыше 55 лет - 23% (20 человек). Студенты (18-35 лет) составили – 31% (28 человек).

Результаты и обсуждение. Анкетирование проводилось в марте 2025 года среди студентов ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» и независимых участников различных возрастных категорий.

Диспансеризация является оптимальным способом профилактики онкологических заболеваний. С этой целью, было выявлено как часто респонденты проходят диспансеризацию. Больше всего за своим здоровьем следят респонденты в возрасте 36-55 лет – 50% проходят диспансеризацию ежегодно. Раз в три года проходят диспансеризацию респонденты в возрасте 18-35 лет - 30%. Эти данные соответствуют нормам прохождения диспансеризации в указанном возрасте.

Так же имеется группа респондентов 18-35 лет, которая еще ни разу не проходила диспансеризацию, что связанно с их юным возрастом.

Были один раз и не собираются больше проходить диспансеризацию респонденты в возрасте свыше 55 лет – 25%. Респонденты, выбравшие этот ответ, считают, что диспансеризация не эффективна и медицинский персонал не с полной серьезностью относится к их здоровью.

Количество студентов, проходивших диспансеризацию ежегодно составляет 46%, что связано с их профессиональной деятельностью.

Поскольку речь идет о диспансеризации, хотелось бы узнать, мнение пациентов о её эффективности прохождения. В каждой категории респонденты считают, что диспансеризация помогает выявить онкологические заболевания на ранней стадии: студенты – 96%, респонденты в возрасте 18-35 лет – 85%, 36-55 лет – 80% и свыше 55 лет – 65%. Из них затруднялись ответит респонденты в возрасте свыше 55 лет – 25%.

Наиболее важным звеном в онкологической практике является принцип автономии. Особенно это касается рака на последней стадии, когда уже нет большого выбора в терапии. Отношения в данному принципу вызывает разногласия. Студенты и респонденты в возрасте 18-35 лет считают, что данный принцип актуален – 46% и 35% соответственно. Мнение респондентов в возрасте 36-55 лет разделилось –35 % считают, что принцип актуален, а другие 35%, что нет. Респонденты в возрасте свыше 55 лет считают, что принцип не актуален – 65%, они полностью доверяют врачу и считают, что решение должно оставаться за ним.

Принцип благонамеренной лжи подвергается дискуссиям уже долгое время. Мнения респондентов сходится с современной точкой зрения. Во всех категориях большинство респондентов считают, что этот принцип в онкологической практике не уместен: студенты – 53%, респонденты в возрасте 18-35 лет – 50%, 36-55 лет – 55%, свыше 55 лет – 50%. Этот вопрос показал, что, не смотря на тяжесть диагноза, пациенты все равно хотят его знать.

Заключительным и не мало важным является принцип конфиденциальности. Практически все ответили, что хотели бы, чтобы их диагноз знали родственники. Мнение респондентов в возрасте 18-35 лет разделилось: часть из них ответили «Да» - 35%, а другая часть «Не знаю» - 35%.

Теоретический анализ показал, что большинство респондентов следят за своим здоровьем и считают диспансеризацию эффективной в отношении выявления онкологических заболеваний. Что касается принципов, то существуют определенные противоречия с принятыми нормами и стандартами, регулирующими медицинскую

практику. В частности, возникают разногласия, связанные с автономией выбора. Некоторые пациенты считают, что решение должно оставаться за доктором. Это объясняется безысходностью, особенно на последних стадиях онкологии, когда уже нет выбора в исцелении.

Отношение респондентов к принципу «благонамеренной лжи» соответствует современным представлениям. Большинство из них считают, что «ложь во благо» не применима в онкологической практике, поскольку человек должен знать правду, а как распоряжаться ей, он в праве решать самостоятельно.

Так же большинство респондентов хотели бы, чтобы их диагноз знали родственники. Получив информацию о своем состоянии здоровья, человек может отреагировать по-разному. Кто-то принимает новость относительно спокойно, в то время как другие отрицают диагноз и отказываются от терапии. В такие непростые периоды жизни особенно важна поддержка родных и друзей, способных вселить надежду и веру в лучшее.

Заключение

Проведенный научно-теоретический анализ исследования позволил сделать вывод о том, что эффективное взаимодействие врача и онкологического больного – это сложный процесс, требующий от врача не только профессиональных знаний, но и высоких моральных качеств. Проведенное исследование, направленное на изучение отношения пациентов к основным этическим принципам, показало, что мнение респондентов практически сходятся с установленными этическими кодексами. Имеется лишь некоторое разногласие в отношении автономии выбора пациентом. Это противоречие связано со страхом, который возникает при установлении диагноза, а также с безысходностью, особенно на последних стадиях онкологии, когда уже нет выбора в исцелении. По результатам исследования можно сделать вывод, что большинство людей следят за свои здоровьем. Недовольства к диспансеризации имеются у респондентов в возрасте свыше 55 лет, что носит отрицательный характер, так как это может привести к задержке выявления болезни и, как следствие, к ухудшению состояния здоровья пациента и возникновению различных осложнений.

Список литературы.

1. Введенская, Е. В. Этические проблемы информирования онкологических пациентов в России / Е. В. Введенская, Н. В. Лепкова, А. В. Егорова / Медицинская этика. – 2021. – С. 45-50. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_48457956_25635964.pdf

2. Крук, Е. В. Знание и понимание принципов биоэтики на кафедре онкологии / Е. В. Крук, Н. А. Кабилдина / Медицина и экология. – 2019. – С. 85-90. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_42399139_67106606.pdf

3. Машевский, А. А. Основные этические принципы взаимоотношений "врач-пациент" в онкологической практике / А. А. Машевский, П. И. Моисеев, А. Е. Океанов [и др.] / Сахаровские чтения 2017 года: экологические проблемы XXI века: материалы 17-й международной научной конференции. – 2017. – С. 286-288. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_29647469_55417153.pdf

4. Мордвинов, А. А. Этические и деонтологические вопросы информирования в онкологической практике / А. А. Мордвинов, Д. В. Пивоваров, А. Р. Пивоварова / Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2021. – С. 335-341. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_46230569_64336678.pdf

5. Чулкова, В. А. Отношение онкологических больных к лечению при системных методах терапии / В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, Т. М. Попов [и др.] / Вопросы онкологии. – 2018. – С. 429-434. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35418529_56815163.pdf

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОШИБКИ В СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Айдинова Л.В., Эльбекова А.А
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Медицинская ошибка - серьезная проблема, с которой сталкиваются медицинские работники и пациенты по всему миру. Она может варьироваться от неправильного диагноза и неверной дозировки лекарств до хирургических ошибок и неисполнения протоколов безопасности. На практике ошибки возникают чаще всего из-за сочетания нескольких факторов, они отражают сложное взаимодействие между индивидуальными действиями медицинских работников, взаимодействием с пациентами, организационными структурами и системными недостатками в здравоохранении.

Во-первых, человеческий фактор играет ключевую роль: медицинские ошибки могут приводить к глубокому эмоциональному кризису, как для медицинского работника, так и для пациента. Для врача принятие своей ошибки может стать источником стресса и чувства вины. Это может привести даже к уходу из профессии. У пациентов же последствия медицинских ошибок могут включать не только физический вред, но и долговременные психологические травмы. Наряду с этим, существуют системные факторы. Это нехватка ресурсов, недостаточная организация рабочего процесса или пренебрежение стандартами безопасности, что часто приводит к недочетам в оказании медицинской помощи. Этическая ответственность учреждений здравоохранения заключается в обеспечении таких условий, которые позволяли бы минимизировать риски ошибок, включая адекватное обучение, поддержку и организацию труда специалистов [3].

В предотвращении ошибок поможет постоянное обучение и повышение квалификации специалистов, позволяя медицинскому персоналу оставаться в курсе последних достижений и стандартов в области медицины, что повысит качество оказываемой помощи. Интеграция всех этих элементов помогает создать более безопасную медицинскую практику, в которой ошибки не рассматриваются как неизбежность, а как проблему, требующую активного решения.

Понимание этических и психологических аспектов медицинских ошибок помогает будущим врачам развивать навыки, необходимые для эффективного взаимодействия с пациентами и коллегами, а также для правильного реагирования на ошибки и их последствия. Данные аспекты представляют собой важные и сложные вопросы, которые оказывают влияние на множество участников медицинского процесса. Этические аспекты затрагивают моральные нормы и профессиональные обязательства врачей, которые должны балансировать между задачами по обеспечению безопасности пациента и требованиями к качеству оказания медицинской помощи. Этическим стандартом является полное и открытое информирование пациента о случившемся.

Кроме того, усложнять ситуацию могут аспекты конфиденциальности и защиты информации о пациентах. Например, в некоторых случаях врач может опасаться юридических последствий и потери лицензии, что может привести к сокрытию информации от пациента и его семьи. Это создает дополнительные этические дилеммы, когда необходимость защиты личных данных противоречит требованию обеспечения открытости и ответственности.

Чтобы преодолеть этические и психологические трудности, необходимо разработать комплексные программы, направленные на поддержку, как пациентов, так и медицинского персонала. Внедрение культуры безопасности, где медицинские работники могут обсуждать и анализировать ошибки, не опасаясь наказания, поможет создать атмосферу открытости и доверия, что улучшит качество лечения в медицинских учреждениях. Программы поддержки и обучения для медицинских работников, а также эффективные

подходы к общению с пациентами после ошибок позволят смягчить негативные последствия и сохранить доверие к медицинским службам, что в целом приведет к улучшению качества оказания медицинской помощи.

Однако в ряде ситуаций возникает дилемма, когда врачу необходимо взвешивать интересы пациента, свои собственные страхи и юридические последствия. Прежде всего, каждый пациент имеет право на информацию о своём здоровье, включая возможные ошибки в лечении, что формирует основу доверия между врачом и пациентом. Откровенность в общении помогают поддерживать идею о том, что врачи обязаны действовать в интересах своих пациентов, следуя принципу "не навреди" [2]. Сокрытие информации же может привести к серьёзным последствиям, как для здоровья пациента, так и для здоровья врача.

Если рассматривать последствия сокрытия информации для пациента, это может вызвать глубокое недоверие к врачу и отказ пациента от дальнейшего обращения за медицинской помощью, что может негативно сказаться на его здоровье. Также сокрытие информации может привести к эмоциональному стрессу и тревоге у пациента, и даже стать причиной появления новых медицинских проблем.

Если же рассматривать последствия сокрытия информации для врача, то это может негативно сказаться на его репутации и сделать его менее конкурентоспособным в профессиональной среде. Чувство страха оказывает значительное влияние на сокрытие информации. Так как врачи, опасаясь негативных последствий, могут предпочитать укрывать информацию о своих неудачах, что препятствует открытой коммуникации и снижает вероятность обучения на собственных ошибках. Врачи могут считать, что признание ошибок снижает их профессиональный имидж. А сохранение чувства вины и стыда за совершённую ошибку может оказывать негативное влияние на психическое здоровье врача. Кроме того, отсутствие поддержки со стороны медицинского учреждения и страх может укреплять чувство тревоги у врачей, приводя к нежеланию открыто обсуждать трудные моменты своей практики.

Врачи должны делать все возможное, чтобы получить полное и точное представление о состоянии пациента перед принятием решений. При этом может произойти ошибка, причина которой является недостаток критически важной информации, это может быть воспринято как проявление неполной осведомленности, а не умышленной халатности. Однако важно учитывать: если врач не проявил должного усердия в поиске необходимой информации, это может свидетельствовать о недостаточной профессиональной ответственности. Но, ситуации часто бывают сложными, и врачи нередко сталкиваются с неполными данными, что делает риск ошибок неизбежным. Этический подход предусматривает, что даже в условиях недостатка информации врачи должны следовать стандартам ухода, оценивать риски и принимать обоснованные решения [4].

Поощрение открытого обсуждения ошибок среди сотрудников немало важный аспект для медицинских учреждений, стремящихся к обеспечению высокой безопасности пациентов и улучшению качества услуг. Наряду с признанием ошибок присутствует страх перед наказанием, сотрудники часто остаются молчаливыми, что препятствует открытому анализу возникших проблем. Культура открытости позволяет создать атмосферу, где медицинские работники могут делиться своим опытом, включая ошибки и просчёты. Каждый инцидент может стать ценным уроком для всей команды, приводя к уменьшению вероятности повторения аналогичных ситуаций и большему доверию среди сотрудников, что важно для формирования командного духа и общности интересов. Следует учитывать, медицинские работники, демонстрируя готовность к самоанализу, вызывают у пациентов уверенность в том, что их здоровье находятся в надежных руках. Введение принципов открытого обсуждения ошибок является не просто желательным, а необходимым шагом для медицинских учреждений, желающих улучшить качество обслуживания, повысить безопасность пациентов и создать сплочённую команду [1].

Материалы и методы исследования.

При рассмотрении данной темы было проведено исследование, направленное на изучение этико-психологических аспектов медицинской ошибки в представлениях студентов медицинского вуза. Исследование проводилось с использованием онлайн-опроса (авторская анкета), по средствам ресурса «GooglForm», в котором приняли участие 41 человек.

Результаты и обсуждения.

В ходе опроса было выяснено, что 65,9% студентов считают, что медицинская ошибка - неизбежная часть медицинской практики, 34,1% думают иначе. Вопрос о том, «Должны ли врачи всегда сообщать пациентам о совершенных ошибках?» вызвал расхождение во мнениях: 35,7% ответили «да», 35,7% ответили «нет». 78,6% студентов утверждали, что страх влияет на готовность врачей признавать свои ошибки. Также большое количество студентов – 79,1% ответили, что ошибки в медицине могут привести к потере доверия между пациентом и врачом. Еще один вопрос анкеты: «Считаете ли вы, что ошибки в медицине могут привести к потере доверия между пациентом и врачом?», 79,1% ответили «да», 11,6% «нет», 9,3% засомневались, ответив «не знаю». На вопрос «Считается ли медицинская ошибка этически оправданной, если она произошла из-за недостатка информации?» 53.3% ответили: «да», 24,4%- «нет», 22,2%- «не знаю». И на немало важный вопрос: «Предполагает ли совершение врачебной ошибки причинение вреда пациенту?» 71,1% ответили положительно, 13,3%-отрицательно, 15,6% ответили: «не знаю».

Таким образом, теоретический анализ показал, что большинство респондентов, считают, что медицинская ошибка является неизбежной частью медицинской практики, и многие эмоциональные состояние могут влиять на ее признание. Что касается на счет последствий, то данная этическая дилемма может привести к потере доверия между врачом и пациентов. Поэтому, чтобы избежать медицинских ошибок с точки зрения этики, необходимо обеспечить постоянное обучение медицинского персонала, способствовать эффективной коммуникации в команде, информировать пациентов о диагнозах и методах лечения, создать культуру психологической безопасности в организации, где ошибки обсуждаются без страха наказания, внедрять стандартизированные процедуры и системы двойной проверки, акцентировать внимание на правах пациентов, анализировать причины инцидентов для их предотвращения и предоставлять психологическую поддержку работникам здравоохранения.

Заключение.

В процессе обучения студенты медицинского вуза, сталкиваются с необходимостью осмысления сложных моральных дилемм, связанных с ошибками в клинической практике. Они должны быть ознакомлены не только с техническими аспектами диагностики и лечения, но и с этическими принципами, лежащими в основе врачебной практики. Ошибки, возникающие в результате недостатков в знании или навыках, могут иметь серьезные последствия, и важно, чтобы будущие врачи осознавали, что их действия не только касаются клинической стороны, но и затрагивают эмоциональное состояние пациентов и их близких. Этические дилеммы, связанные с принятием решений, коммуникацией с пациентами и коллегами, требуют от медицинских работников высокой степени осознанности и ответственности. Подготовка будущих врачей должна включать тренинги по управлению эмоциональными и психологическими аспектами ошибок, обучение навыкам конструктивного общения и открытого обсуждения неудач, а также формирование культуры научного мышления и стремления к постоянному самосовершенствованию. В конечном счете, образование, основанное на понимании этико-психологических аспектов медицинской ошибки, способствует подготовке врачей, которые не только эффективны в клинической практике, но и гуманны, умеют сопереживать и поддерживать пациентов в трудные моменты, что является неотъемлемой частью их профессиональной идентичности и миссии.

Список литературы.

1. Смирнов А. В. Врачебные ошибки в социальном и этическом измерении / А. В. Смирнов, Э. В. Смирнова Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015, № 60. – С. 64–69. https://new.vestnik-surgery.com/index.php/1990-472X/article/view/4787/ru_RU?utm_source=chatgpt.com
2. Введение в биоэтику: учебное пособие / А. Я. Иванюшкин, В.

И. Игнатьев, Р. В. Коротких, И. В. Силуянова, П. Д. Тищенко, Г. П. Червонской, Б. Г. Юдин, П. Д. Тищенко, В. Г. Борзенков, Ю. Ф. Поляков - М: Прогресс-Традиция, 2017. - 384 с. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. URL.https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785898265328.html.

3. Мамедов В. Г Врачебные ошибки, погрешности и юридическая ответственность в сфере здравоохранения / В. Г Мамедов, Л. А. Джафарова // Медицинское право. № 02/2024. – С.7-13. https://lawinfo.ru/articles/6952/vracebnye-osibki-pogresnosti-i-yuridiceskaya-otvetstvennost-v-sfere-zdravooxraneniya?utm_source=chatgpt.com
4. Конаныхина А. К. Право на ошибку: врачебные ошибки глазами врачей и пациентов / А. К. Конаныхина, Г. А Комаров, А. В. Кочубей // Клиническая практика. 2018. – № 3. – С.70-73.

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

Алябьева Е.С., Симонян Р.З.

ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России

Эмоциональное выгорание - важная проблема психического здоровья, требующая разработки методов диагностики, профилактики и коррекции. Исследование причин и последствий эмоционального выгорания врачей является актуальной задачей современной медицины и психологии. От здоровья и работоспособности врачей напрямую зависит качество медицинского обслуживания населения, а также эффективность системы здравоохранения в целом [1]. Изучение мнения студентов-медиков позволит определить их уровень знаний о причинах и последствиях эмоционального выгорания, а также ознакомиться с их представлениями о наиболее результативных способах профилактики и преодоления данного состояния в профессиональной деятельности.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы следующие методы: метод сравнительного анализа, статистический метод и социологическое анонимное анкетирование. В опросе приняли участие 200 респондентов, это студенты Курского государственного медицинского университета. Большинство опрошенных (68%) – это студенты 3 курса лечебного факультета.

Результаты и обсуждения. Первый вопрос анкеты звучал так: «Что такое эмоциональное выгорание?». 47,5% (95 человек) считают, что выгорание – это комплекс симптомов, включающих утрату интереса и мотивации, снижение настроения, цинизм и отчужденность, 39,5% (79 человек) указывают, что это сложное состояние, при котором у человека развивается усталость, снижение эффективности, утрата чувства удовлетворения от работы. Остальная часть студентов (13%) выбрали определение, согласно которому выгорание – это синдром хронического стресса. Исходя из полученных результатов 79 человека четко выделяют прямую взаимосвязь эмоционального выгорания с профессиональной деятельностью. При ответе на вопрос: «Сталкивались ли Вы с эмоциональным выгоранием?», 75,5% респондентов ответили «да». 24,5% не испытывали данного эмоционального состояния. Что касается вопроса об основных факторах эмоционального выгорания врачей, то респонденты отвечали по-разному: 71% (114

человек) полагают, что большой поток пациентов и постоянные ночные смены напрямую влияют на эмоциональное состояние врача. По мнению 67% (108 человек) высокие требования со стороны пациентов и системы здравоохранения могут вызывать эмоциональный стресс и способствовать развитию выгорания у медицинских работников. 73% (117 человек) считают, что причина заключается в низкой заработной плате и отсутствии карьерного роста. Разнообразную картину ответов дал вопрос о последствиях профессионального выгорания. В большинстве случаев участники опроса отмечали, что эмоциональное выгорание способствует снижению качества медицинской помощи (123 человека), увеличению ошибок в работе (122 человека), ухудшению отношений с коллегами и пациентами (97 человек), возникновению проблем со здоровьем (116 человек). Также выгорание может способствовать последующему увольнению и уходу из профессии (63 человека). Во время посещения врача 69 % (137 человек) опрошенных замечали, что врач выглядит уставшим или измотанным. При ответе на вопрос: «Изменится ли Ваше доверие к врачу, если Вы заметите его усталость?», 50% (100 человек) утверждали, что доверие к врачу вряд ли изменится. В большинстве случаев данный ответ студентов-медиков основывается на понимании ситуации, что позволяет им сохранять уровень доверия независимо от состояния врача. 26% (52 человек) склоняются к противоположному варианту ответа и считают, что доверие к врачу может снизиться, если врач выглядит уставшим и измотанным. Ключевым вопросом в исследовании было понимание студентами основных критериев для характеристики синдрома эмоционального выгорания. Физическое состояние врача (152 человека), поведенческие симптомы (134 человека), интеллектуальное состояние (97 человек) и социальные симптомы (87 человек) – основные критерии для оценки эмоционального состояния медицинского работника, которые выделили студенты Курского государственного медицинского университета. По мнению 83 респондентов (42%), для минимизации профессионального выгорания медицинских работников необходимо внедрить программы психологической поддержки. 73% (147 человек) опрошенных считают, что улучшение условий труда на рабочем месте приведет к уменьшению случаев эмоционального истощения. 70% (140 человек) полагают, что необходима коррекция рабочего графика. Анализ результатов опроса показал, что 187 участников отмечают, что ухудшение ситуации на работе, наличие стресса, выгорания или профессиональных проблем напрямую отражается на их отношениях в семье, эмоциональном состоянии и общем уровне удовлетворенности семейной жизнью. Эти данные подчеркивают необходимость внедрения мер поддержки среди медицинских работников для сохранения гармонии и благополучия в их семьях [3]. Более того, важно проводить больше времени с семьей и друзьями (153 человека), делегировать задачи (94 человека), а также планировать отпуск и выходные вместе с близкими.

Заключение. Анализ мнения студентов-медиков о профессиональном выгорании врачей показал, что молодые специалисты обладают достаточной осведомленностью о проблеме, поскольку они непосредственно связаны с медицинской сферой и знакомы с особенностями работы врачей. Понимание факторов, способствующих выгоранию, а также возможных последствий для здоровья врачей и качества медицинской помощи свидетельствует о высокой информированности и актуальности данной темы [2].

Список литературы.

1. Гизат, Д. Е. Эмоциональное выгорание врачей общей практики: причины, последствия и меры профилактики / Д. Е. Гизат // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: Сборник статей по материалам CCCLXI международной научно-практической конференции, Москва, 10 июня 2024 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью ""Интернаука"", 2024. – С. 284-286. – EDN JWKDIC.

2. Каприн, А. Д. Синдром профессионального эмоционального выгорания у врачей / А. Д. Каприн, Л. И. Москвичева, Е. П. Жарова // Педагогика. – 2021. – Т. 85, № 12. – С. 92-108. – EDN LUPJPE.

3. Симонян, Р. З. Социальный конфликт ""врач - пациент"" в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы / Р. З. Симонян, Е. С. Осипенкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74-6. – С. 158-164. – DOI 10.18411/lj-06-2021-243. – EDN ZUSFRM.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭТИКИ И ПРАВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Богушева У.В., Леусенко Е.В.
ФГБОУ ВО "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки" Минздрава России

Актуальность исследования взаимосвязи этики и права в здравоохранении обусловлена рядом факторов, отражающих как фундаментальные изменения в медицинской науке и практике, так и эволюцию социокультурных ценностей и правовых норм. В контексте стремительного развития биомедицинских технологий, расширения спектра медицинских услуг и усложнения механизмов взаимодействия между врачом и пациентом, вопросы этической обоснованности и правовой регуляции медицинской деятельности приобретают особое значение.

Целью настоящего исследования является комплексный анализ взаимосвязи этических и правовых норм, регулирующих сферу здравоохранения. Данная взаимосвязь рассматривается как многоаспектная система, в которой этические принципы выступают в качестве морально-философской базы для формирования законодательных актов, а правовые нормы, в свою очередь, обеспечивают практическую реализацию и защиту этических ценностей в контексте оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В процессе исследования взаимосвязи этики и права в здравоохранении был проведен анализ научной литературы, нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, документов международного права, анализ конкретных клинических ситуаций.

Взаимосвязь этики и права в здравоохранении представляет собой сложный и многоаспектный комплекс взаимоотношений, определяющих стандарты поведения медицинских работников и регулирующих оказание медицинской помощи. Этика, как система моральных принципов, и право, как совокупность юридических норм, тесно переплетаются, формируя основу для принятия решений в ситуациях, когда моральные дилеммы сталкиваются с законодательными требованиями.

Особое значение взаимосвязи вопросов этической обоснованности и правовой регуляции медицинской деятельности обусловлено рядом факторов.

Во-первых, современные достижения в области генетики, репродуктивной медицины, трансплантологии и других высокотехнологичных направлений здравоохранения порождают новые этические дилеммы, требующие осмысления и нормативного закрепления. Например, генетическое тестирование и редактирование генома ставят вопросы о допустимости вмешательства в геном человека, его потенциальных последствиях для будущих поколений и необходимости защиты генетической информации от несанкционированного использования [3]. Репродуктивные технологии, такие как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и суррогатное материнство, поднимают вопросы о статусе эмбриона, правах родителей и границах вмешательства в естественный процесс воспроизводства. Трансплантация органов и тканей требует разработки справедливых и прозрачных критериев распределения донорских органов, а также защиты прав доноров и реципиентов.

Во-вторых, трансформация модели взаимоотношений между врачом и пациентом, переход от патерналистской модели к модели, ориентированной на автономию пациента, требует пересмотра этических и правовых основ медицинской деятельности. В соответствии с принципом уважения автономии пациента, медицинский работник обязан предоставлять пациенту полную и достоверную информацию о его состоянии здоровья, возможных методах лечения и их рисках, а также учитывать его пожелания и предпочтения при принятии решений [2]. Право пациента на информированное согласие на медицинское вмешательство является основой современной медицинской этики и права.

В-третьих, глобализация здравоохранения, развитие международного медицинского туризма и трансграничного оказания медицинских услуг требуют гармонизации этических и правовых норм в различных странах. Различия в культурных ценностях, религиозных убеждениях и правовых системах могут приводить к коллизиям при оказании медицинской помощи иностранным гражданам. В этой связи, возрастает необходимость разработки универсальных этических принципов и правовых стандартов, применимых в международном контексте.

В-четвертых, развитие информационных технологий и цифровизация здравоохранения порождают новые этические и правовые вызовы, связанные с защитой конфиденциальности медицинской информации, обеспечением кибербезопасности медицинских систем и использованием искусственного интеллекта в медицинской практике [1]. Т. Б. Мёрдок и А. С. Детский утверждают, что «… обработка и хранение больших объемов медицинских данных требуют разработки надежных механизмов защиты от несанкционированного доступа и утечек информации» [4]. Следовательно, использование искусственного интеллекта в диагностике и лечении ставит вопросы об ответственности за ошибки и неточности, а также о необходимости обеспечения прозрачности и подотчетности алгоритмов.

Таким образом, в условиях стремительного научно-технического прогресса и меняющихся общественных ожиданий взаимосвязь этики и права приобретает особенное значение. Развитие генетических технологий, репродуктивной медицины и трансплантологии диктует необходимость создания четких этических рамок и правовых норм, гарантирующих соблюдение прав и достоинства человека, предотвращающих возможные злоупотребления.

Переход к пациентоориентированной модели здравоохранения требует адекватного правового обеспечения автономии пациента и его права на информированное согласие. Глобализация здравоохранения ставит перед международным сообществом задачу гармонизации этических и правовых стандартов, обеспечивающих равный доступ к качественной медицинской помощи вне зависимости от гражданства и места проживания. Наконец, цифровизация здравоохранения требует разработки новых правовых инструментов для защиты конфиденциальности медицинской информации, обеспечения кибербезопасности и регулирования использования искусственного интеллекта в медицине.

Таким образом, исследование взаимосвязи этики и права в здравоохранении является актуальной задачей, требующей междисциплинарного подхода и участия специалистов в области медицины, права, этики, философии и других смежных дисциплин. Только комплексный подход, сочетающий этическое осмысление и правовую регуляцию, позволит в полной мере реализовать потенциал современной медицины во благо человека и общества.

Список литературы.

1. Леусенко, Е. В. Правовые аспекты реализации стратеги развития информационного общества в РФ в сфере здравоохранения / Е. В. Леусенко // Проблемы научной мысли. – 2024. – Т. 6, № 1. – С. 79-87. – EDN QZAFYN.

2. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.
3. Juengst, E. T. (2019). What's so special about human genome editing?. New Bioethics, 25(1), 66-78.
4. Murdoch, T. B., & Detsky, A. S. (2023). Information technology: a critical component of comprehensive integrated health care. CMAJ, 185(8), E337-E343.

РОЛЬ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА

Бочарова Е.Е., Симонян Р.З., Солянина В.А.
ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России

Эффективная коммуникация врача и пациента - это один из предрасполагающих факторов в процессе лечения. Благодаря грамотно построенному диалогу, выраженным доверительным отношениям пациент может почувствовать себя комфортно и открыто рассказать о своих проблемах со здоровьем врачу. Благодаря коммуникации врач может получить полную картину о состоянии пациента, выявить скрытые симптомы, основываясь на четких и понятных вопросах для пациентов.

Цель исследования. Определить, какова роль коммуникации в работе врача, а также выявить наиболее эффективные методы коммуникации, причины, из-за чего диалог врача и пациента может быть нарушен и последствия, с этим связанные.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета с помощью платформы YandexForms в формате дистанционного анонимного анкетирования. В исследовании приняли участи 119 респондентов, 78 женщин и 41 мужчина, студенты 1-6 курсов лечебного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического, медико-профилактического факультетов. Результаты обработаны и представлены в текстовом варианте.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования респондентам был предложен вопрос: «Как Вы оцениваете влияние хорошей коммуникации на доверие пациента к врачу?». 84.7% опрошенных считают, что влияние действительно велико, и с этим нельзя не согласиться. Доверие пациента врачу позволяется достоверно предоставить информацию о состоянии своего здоровья, чтобы общая картина заболевания была полной и ясной.

Эффективная коммуникация - это особый навык, для которого существуют определенные методы. Наиболее необходимым опрошенные выделяют вербальное объяснение сути заболевания и диагноза (за данный вариант ответа проголосовало 73.9% респондентов, что составляет 88 человек). Также на вопрос о грамотном и ясном объяснении сути диагноза врачом, 86.6% респондентов указали важность, ведь пациент должен понимать, что у него за заболевание и каковы дальнейшие действия по поводу его лечения.

Следующий метод для грамотной коммуникации - активное слушание и вопросы (для 72.3% данный способ является наиболее эффективным). Благодаря активным вопросам врач может узнать у пациента информацию, которую последний не считает ценной и необходимой, но являющейся важной для постановки диагноза и определения тактики лечения [3]. Внимательное отношение к пациенту, выслушивание его проблем, в свою очередь, позволит не упустить детали, которыми делится пациент.

Зачастую проблемой при построении коммуникации является непонимание участниками, что входит в это понятие. 87 опрошенных указывают, что коммуникация - это

только лишь обмен информацией между людьми. Однако стоит отметить, что эффективный диалог, общение имеет цель взаимодействия для общего понимания проблемы и нахождения путей для ее решения. Благодаря тому, что пациент чувствует себя услышанным и понятым врачом, он лучше следует рекомендациям, что приводит лучшим результатам лечения [4].

Исследование ставило своей целью выявить причины, из-за чего может быть нарушена коммуникация между врачом и пациентом. 27.7% опрошенных считают, что наиболее значимым является эмоциональное состояние врача и пациента. 26.1% придерживаются мнения, что использование врачом сложных медицинских терминов нарушает понимание пациентом сути заболевания, а следовательно, разрушает доверие и желание продолжать диалог. 25.2% респондентов отмечают, что нарушение процесса общения происходит из-за недостаточного времени, отведенного на прием. За такое короткое время врачу необходимо помимо беседы с пациентом заполнить всю документацию, из-за чего на диалог остается недостаточно времени. Также 10.9% опрошенных считают, что не все пациенты понимают важность коммуникации. Отсюда возникает коммуникационный барьер, что усложняет процесс лечения.

Наиболее важно в ходе исследования выделить методы улучшения нарушенной коммуникации для процесса лечения пациента. 72.3% респондентов, что составляет 86 человек, отмечают, что наиболее действенным методом является повторение и уточнение информации. Для врача важна полная картина понимания диагноза, поэтому задавая пациенту наводящие вопросы, он может получить все необходимые для него данные, а значит, поставить верный и четкий диагноз и назначить грамотное лечение. 59 человек считают, что не менее важным является визуализация, использование схем и изображений для объяснения сути заболевания. Данная практика имеет место быть, ведь зачастую врачу сложно объяснить диагноз или причины возникновения заболевания, в частности, при общении с детьми или людьми пожилого возраста [2].

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что эффективная коммуникация - это не просто навык, а необходимый инструмент для врача в работе с пациентом. Благодаря коммуникации врач устанавливает контакт с пациентами, обеспечивает высокое качество медицинской помощи [1]. На сегодняшний день проблемы с построением доверительных отношений между врачом и пациентом существуют, но за счет повышения навыков, использования различных методик и практик, возможно повысить уровень эффективного общения для постановки верного диагноза и назначения грамотного лечения.

Список литературы.

1. Миронова, Т. Л. Профессиональное общение врача с пациентом / Т. Л. Миронова // Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию Бурятского государственного университета имени Доржи Банзарова, Улан-Удэ, 10 июня 2022 года / Отв. редактор Н.С. Антонова. – Ulan-Ude: Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, 2022. – С. 117-122. – DOI 10.18101/978-5-9793-1764-9-117-122. – EDN CKNLNP.

2. Симонян, Р. З. Социальный конфликт «врач – пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы / Р. З. Симонян, Е. С. Осипенкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74-6. – С. 158-164. – DOI 10.18411/lj-06-2021-243. – EDN ZUSFRM.

3. Сирота, Н.А. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни /Н.А. Сирота // Ремедиум Приволжье. - 2015. - №1 (131). - URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rol-effektivnyh-kommunikatsiy-

vracha-i-patsienta-kak-faktor-uspeshnogo-psihologicheskogo-preodoleniya-bolezni (дата обращения: 11.09.2025).

4. Шевцова, Ю. В. Роль коммуникативной компетенции врача в организации эффективного взаимодействия с пациентом и в разрешении и предотвращении конфликтных ситуаций / Ю. В. Шевцова, С. В. Плотнова, Е. Ю. Козловская // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 1(30). – С. 399-402. – DOI 10.26140/anip-2020-0901-0097. – EDN VVVCCT.

ПРОБЛЕМА И ПРИЧИНЫ МЕДИЦИНСКОГО ГАЗЛАЙТИНГА

Ванина А.В., Симонян Р.З.
ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России

В современном обществе, когда доверие к врачам и медицинским специалистам играет ключевую роль в поддержании здоровья и благополучия граждан, возникает тревожная тенденция – медицинский газлайтинг.

Газлайтинг - это форма психологического насилия, при которой медицинский работник систематически заставляет пациента сомневаться в собственном восприятии и ощущениях. Последствия медицинского газлайтинга могут быть негативными: от усугубления заболеваний из-за позднего обращения и неправильного лечения, до развития тревожных расстройств, депрессии и полного отказа от медицинской помощи [1].

Цель данного исследования - изучить и оценить распространенность, формы проявления и основные причины возникновения медицинского газлайтинга, на основе мнения будущих врачей - студентов Курского государственного медицинского университета, а также выявить основные пути и решения данной проблемы.

Материалы и методы. В работе использован метод анонимного анкетирования и статистической обработки данных с помощью встроенных инструментов программы «Yandex Forms» (для суммирования ответов, расчета процентов). В исследовании приняло участие 172 студента Курского государственного медицинского университета с 1 по 6 курс в возрасте от 18 до 35 лет, среди которых 70,9 % опрошенных – (122) лица женского пола и 29,1% (50) – лица мужского пола. Материалом настоящего исследования послужила разработанная авторская анкета.

Результаты и обсуждение. Проведенный опрос 172 респондентов выявил высокую осведомленность о проблеме медицинского газлайтинга и его влиянии на доверие к системе здравоохранения. Абсолютное большинство студентов (76.2%) правильно понимают медицинский газлайтинг, как намеренное введение пациента в заблуждение относительно его здоровья. Это указывает на то, что проблема воспринимается не как случайная ошибка, а как этическое нарушение. Более половины опрошенных (53.5%) лично никогда не сталкивались с газлайтингом, значительная доля (45.3%) сталкивалась с данным явлением редко, что демонстрирует неединичный характер данной проблемы, 1.2%, столкнувшиеся с этим часто, представляют собой уязвимую группу, требующую особого внимания. Тот факт, что, по мнению респондентов, пациенты иногда (57.6%) или редко (27.9%) осознают себя жертвами, указывает на необходимость повышения медицинской грамотности населения. Мнение респондентов указывает также на системные проблемы в здравоохранении, а не только на личную ответственность врачей: дефицит времени (26.8%) и давление со стороны учреждений (25.9%) – главные факторы, создающие среду, где газлайтинг становится возможным. Почти половина (45.9%) справедливо отмечает, что последствия газлайтинга включает все аспекты: ухудшение здоровья, психологические травмы и подрыв доверия к системе здравоохранения. Формирование недоверия к

медицинским работникам (24.4%) – наиболее долгосрочное и разрушительное последствие для системы в целом. Подавляющее большинство (85.5%) признает существенную роль эмоциональных и психологических аспектов, что подчеркивает необходимость включения психологической подготовки в медицинское образование. Практически единогласно респонденты (95.9%) поддерживают необходимость изучения темы газлайтинга в программе подготовки будущих врачей (49.4% – обязательно, 46.5% – возможно). Половина опрошенных (50%) видит положительную роль цифровых технологий в уменьшении газлайтинга, так как они повышают прозрачность и подотчетность.

Таким образом, полученные данные подтверждают актуальность проблемы медицинского газлайтинга. Исследования в области медицинской психологии и этики уже поднимали вопросы недоверия пациентов к врачам и неэтичного поведения медицинских работников. Работы, посвященные «врачебной ошибке, «некоммуникабельности врачей» и «синдрому выгорания», косвенно затрагивают аспекты медицинского газлайтинга. Однако, прямое изучение проблемы медицинского газлайтинга, его систематизация и оценка масштабов может внести новые, более конкретные данные. Например, исследования, демонстрирующие связь между низкой удовлетворенностью пациентов и недостатком эмпатии со стороны врачей, перекликаются с нашими результатами. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к решению проблемы, включая поддержку самих врачей. Стоит также проанализировать, существует ли разница в распространенности газлайтинга между платным и бесплатным медицинским обслуживанием [2,3].

Выводы. Проведённое исследование показывает, что медицинский газлайтинг является распространенной проблемой, с которой может столкнуться пациент. Последствия медицинского газлайтинга включают развитие недоверия к системе здравоохранения, усугубление заболеваний и психологические проблемы. Основными причинами медицинского газлайтинга выступают как внутренние факторы (выгорание, недостаток эмпатии у врачей), так и внешние (высокая нагрузка, недостаточная осведомленность пациентов). Необходимы системные меры для борьбы с медицинским газлайтингом, включая повышение квалификации медицинских работников в области коммуникации и эмпатии, разработку этических стандартов, а также информирование пациентов об их правах и о медицинском газлайтинге.

Список литературы.

1. Рогозина Т. И., Артеменко Д. Т. Газлайтинг как форма психологического насилия // Человек и общество в нестабильном мире: материалы XV Международной научно-практической конференции (г. Омск, 15–16 апреля 2020 г.) / под ред. И. В. Волошиной. Омск: Изд-во ОмГУ, 2020. С. 112–118.

2. Обратная сторона медали: медицинский газлайтинг [Электронный ресурс] // Мир врача. 2023. URL: https://www.mirvracha.ru/article/obratnaya_storona_medali_meditsinskii_gazlaiting (дата обращения: 07.09.2024).

3. Симонян, Р. З. Социальный конфликт ""врач - пациент"" в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы / Р. З. Симонян, Е. С. Осипенкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74-6. – С. 158-164. – DOI 10.18411/lj-06-2021-243. – EDN ZUSFRM.

ЦИФРОВАЯ ЭТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПУТИ РАЗВИТИЯ

Журомская С.Р., Бахтоярова Л.И
ФГБОУ ВО "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки" Минздрава России

Актуальность исследования обусловлена экспоненциальным ростом применения искусственного интеллекта (ИИ), машинного обучения (МО), телемедицины, носимых устройств и других цифровых инструментов, что влечет за собой возникновение принципиально новых этических дилемм и правовых коллизий, требующих немедленного и всестороннего анализа.

Целью исследования путей развития цифровой этики в здравоохранении является выявление ключевых факторов, детерминирующих трансформацию моральных императивов и правовых рамок в условиях повсеместного внедрения цифровых технологий в сферу оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Для исследования проблемы были проанализированы и систематизированы нормативно-правовые акты, международных документов, научных публикаций, этико-деонтологических кодексов медицинских работников с целью выявления основных тенденций, противоречий и пробелов в правовом и этическом регулировании цифрового здравоохранения.

Цифровая трансформация здравоохранения открывает беспрецедентные возможности для улучшения диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Вместе с тем, широкое внедрение электронных медицинских карт, телемедицины, искусственного интеллекта (ИИ), носимых устройств и аналитики больших данных порождает сложные этические дилеммы, требующие разработки и внедрения эффективных механизмов цифровой этики. Цифровая этика в здравоохранении представляет собой систему моральных принципов и правил, регулирующих использование цифровых технологий для достижения целей здравоохранения, защиты прав пациентов и обеспечения социальной справедливости.

Внедрение цифровых технологий в здравоохранение сопряжено с рядом этических рисков, которые можно систематизировать по следующим категориям:

- риски конфиденциальности и защиты данных. Уязвимость персональных медицинских данных в электронных системах представляет собой серьезную угрозу. Несанкционированный доступ, утечка данных или их неправомерное использование могут привести к дискриминации, финансовым потерям и подрыву доверия к системе здравоохранения. Например, согласно отчету Verizon, здравоохранение является одним из наиболее уязвимых секторов с точки зрения кибератак.

– риски автономии и информированного согласия. Использование цифровых технологий может влиять на автономию пациента и его способность принимать информированные решения относительно своего здоровья. Недостаточная прозрачность алгоритмов ИИ, сложность интерпретации данных, полученных с носимых устройств, и ограниченные возможности для обратной связи могут привести к принятию решений, не отвечающих интересам пациента [1].

– риски справедливости и равенства. Цифровой разрыв, различия в уровне цифровой грамотности и доступности технологий могут усугубить неравенство в доступе к качественным медицинским услугам [4]. Использование алгоритмов, предвзятых в отношении определенных групп населения, может привести к дискриминации и ухудшению результатов лечения [2].

– риски прозрачности и объяснимости. «Черные ящики» алгоритмов ИИ, используемых в диагностике и лечении, затрудняют понимание логики принятия решений и могут подорвать доверие к системе здравоохранения. Отсутствие прозрачности в отношении происхождения данных, используемых для обучения алгоритмов, и критериев оценки их эффективности также вызывает опасения.

Для эффективного управления этическими рисками цифрового здравоохранения необходима разработка и внедрение комплексной стратегии, включающей разработку этических кодексов и руководств, внедрение этической экспертизы проектов, повышение цифровой грамотности и осведомленности, регулирование и надзор, развитие технологий, ориентированных на этику, международное сотрудничество, регулирование и надзор, развитие технологий, ориентированных на этику, международное сотрудничество, создание механизмов обратной связи и подотчетности, обеспечение безопасности личных медицинских данных, создание механизмов обратной связи и подотчетности, обеспечение безопасности личных медицинских данных.

Необходимо разработать специализированные этические кодексы и руководства для специалистов, работающих с цифровыми технологиями в здравоохранении, такие как «Принципы этики и профессиональной ответственности в информатике». Эти документы должны определять принципы конфиденциальности, прозрачности, справедливости, ответственности и подотчетности, а также содержать конкретные рекомендации по решению этически сложных ситуаций.

Перед внедрением новых цифровых технологий в здравоохранение необходимо проводить этическую экспертизу, оценивающую потенциальные риски и выгоды, а также соответствие проекта этическим нормам и принципам. Этическая экспертиза должна учитывать интересы всех заинтересованных сторон и проводиться независимыми экспертами.

Необходимо разработать регуляторные механизмы, обеспечивающие соблюдение этических норм в цифровом здравоохранении. Эти механизмы должны включать правила защиты данных, требования к прозрачности алгоритмов ИИ, процедуры оценки соответствия и санкции за нарушение этических норм. Важным элементом регулирования является соблюдение Федеральный закон №152-ФЗ «О персональных данных» при обработке персональных данных [3].

Таким образом, развитие цифровой этики является необходимым условием для устойчивой и успешной цифровой трансформации здравоохранения. Только при соблюдении этических норм и принципов можно обеспечить, чтобы технологический прогресс служил на благо пациентов, способствовал улучшению их здоровья и благополучия, и не приводил к нежелательным социальным последствиям. Цифровая этика в здравоохранении – это динамично развивающаяся область, требующая постоянного внимания, междисциплинарного сотрудничества и адаптации к новым технологическим вызовам. Необходим постоянный диалог между разработчиками технологий, медицинскими работниками, пациентами, регуляторами и экспертами в области этики для формирования общепринятых норм и стандартов, обеспечивающих ответственное и этичное использование цифровых технологий в здравоохранении.

Список литературы.

1. Леусенко, Е. В. Правовые аспекты реализации стратеги развития информационного общества в РФ в сфере здравоохранения / Е. В. Леусенко // Проблемы научной мысли. – 2024. – Т. 6, № 1. – С. 79-87. – EDN QZAFYN.

2. Леусенко, Е. В. Понятие справедливости: философско-правовой аспект / Е. В. Леусенко // Вестник Луганского государственного университета имени Владимира Даля. – 2024. – № 1(79). – С. 57-61. – EDN WPYHMI.

3. Рудик С.С., Антоненко А.Е., Танов М.А., Петров И.В. Защита персональных данных в гражданско-правовых отношениях // Журнал прикладных исследований. – 2025. №5. – С. 152-159. – doi:10.47576/2949-1878.2025.5.5.023

4. Nouri, S. S., Khoong, E. C., Lyles, C. R., & Karliner, L. S. (2020). Addressing equity in digital health interventions. NPJ digital medicine, 3(1), 1-8.

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЛУ/ШЛУ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Ижаева С.М.
РГБ ЛПУ "Карачаево-Черкесский республиканский противотуберкулезный диспансер"

Туберкулёз с лекарственной устойчивостью возбудителя (ЛУ ТБ), включая множественную (МЛУ ТБ) и широкую лекарственную устойчивость (ШЛУ ТБ), остаётся одной из наиболее серьёзных проблем здравоохранения [1]. Лечение таких пациентов требует длительной полихимиотерапии: курс продолжается до 24 месяцев, назначается до шести противотуберкулёзных препаратов одновременно, что сопровождается высоким риском токсических реакций, низкой приверженностью к терапии и значительными экономическими затратами [2].

Повторные курсы лечения после прерывания или неэффективности предыдущих курсов химиотерапии (КХТ) демонстрируют низкую результативность и высокий риск формирования дополнительной лекарственной устойчивости возбудителя (при МЛУ ТБ возможен переход к ШЛУ ТБ, а при ШЛУ ТБ — к тотальной устойчивости). Устойчивость к новым препаратам формируется в среднем за 5–10 лет клинического применения, а в отношении недавно внедрённых средств — ещё быстрее [3].

Существенную роль в исходах терапии играют социальные факторы: дезадаптация, отсутствие постоянного дохода или жилья, дефицит семейной поддержки. Эти обстоятельства снижают приверженность лечению и его эффективность. Пациенты утрачивают трудоспособность, испытывают моральные и физические страдания и остаются источником инфекции в обществе.

Этическая дилемма врача выражается в выборе между продолжением возможно бесперспективного лечения и переводом пациента на паллиативную терапию.

Цель исследования — оценить этические и правовые аспекты назначения повторных курсов лечения пациентам с МЛУ/ШЛУ ТБ после прерывания или неэффективного КХТ.

Материалы и методы.

В исследование включены данные 50 пациентов с МЛУ/ШЛУ ТБ, проходивших лечение в республиканском противотуберкулёзном диспансере в 2018–2023 гг. Проанализированы истории болезни, данные диспансерного наблюдения и исходы повторных курсов терапии.

Для оценки влияния социальных факторов учитывались: наличие работы, поддержка семьи, вредные привычки и приверженность к лечению. Эффективность терапии определялась по стандартным критериям: прекращение бактериовыделения и закрытие полостей деструкции.

Результаты и обсуждение.

Эффективность повторного КХТ туберкулеза составила составила 30%, включая клинико-рентгенологическую эффективность и результаты посевов мокроты больных. Однако, у 40% пациентов к моменту завершения КХТ сохранялись полости распада, а у 36% продолжалось бактериовыделение. Вместе с тем 70% больных отмечали клиническое улучшение: нормализацию температуры тела, исчезновение ночной потливости, уменьшение кашля с мокротой, прибавку массы тела и улучшение аппетита.

Нежелательные реакции наблюдались у почти трети пациентов и проявлялись в виде диспепсии (тошнота, рвота, диарея) или симптомов полинейропатии (онемение и покалывание в конечностях).

Социальные факторы оказывали значимое влияние на эффективность терапии. Наиболее низкие результаты отмечались у пациентов с неблагоприятными условиями жизни, отсутствием постоянного дохода, ограниченной поддержкой семьи и наличием вредных привычек (табакокурение, злоупотребление алкоголем и психоактивными

веществами). Недостаточная приверженность лечению увеличивала вероятность неблагоприятного исхода более чем в три раза.

Этическая дилемма врача выражается в выборе между продолжением возможно бесперспективного лечения и переводом пациента на паллиативную терапию. Перевод на паллиатив нередко воспринимается как отказ в дальнейшем лечении туберкулёза, что может вызывать внутренний дискомфорт у врача, чувство утраты надежды на выздоровление у больного и даже провоцировать конфликт. Поэтому крайне важно правильно объяснять суть паллиативной помощи: она не означает прекращения медицинской помощи, а представляет её особую форму, когда акцент смещается с радикального излечения болезни (невозможного в ряде случаев) на поддержание качества жизни больного.

Правовое регулирование в Российской Федерации определяет рамки принятия подобных решений. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» и Приказ Минздрава РФ от 13 декабря 2023 г. №682н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при туберкулёзе (диагностика и лечение)» закрепляют право на лечение туберкулеза и обязанность проходить назначенную врачом терапию. В то же время Приказ Минздрава РФ и Минтруда РФ от 31 мая 2019 г. №345н/372н определяет показания к паллиативной помощи при неэффективности или прерывании больным двух курсов контролируемой химиотерапии МЛУ/ШЛУ ТБ [4–6].

Заключение.

Повторные курсы лечения МЛУ/ШЛУ ТБ характеризуются низкой эффективностью и высоким риском развития нежелательных эффектов. Социальные факторы: неблагоприятные условия жизни, отсутствие поддержки семьи и низкая приверженность к терапии существенно снижают вероятность успеха и повышают риск распространения инфекции.

Назначение повторных курсов химиотерапии или перевод больного на паллиативное лечение часто сопряжено с тяжёлым моральным выбором для врача. Чтобы минимизировать внутренние этические переживания как врача, так и пациента, а также избежать возможных ошибок такое решение должно базироваться на объективной клинической оценке, строгом соблюдении законодательства и принципов медицинской этики, а также приниматься решением врачебной комиссии с участием пациента или его законных представителей. Такой подход обеспечивает медицинскую обоснованность, юридическую корректность и минимизирует риск возникновения конфликтных ситуаций.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный доклад по туберкулёзу 2024. — Женева: WHO, 2024.

2. Федеральные клинические рекомендации. Туберкулёз у взрослых: диагностика, лечение, профилактика. — М.: Минздрав России, 2024.

3. Nimmo C., Millard J., Faulkner V., Monteserin J., Pugh H., Johnson E.O. Evolution of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in the genomic era. Front Cell Infect Microbiol. 2022 Oct 7;12:954074. doi: 10.3389/fcimb.2022.954074.

4. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). https://base.garant.ru/12123352/

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 декабря 2023 г. N682н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при туберкулёзе (диагностика и лечение)». https://base.garant.ru/408420481/

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. №345н/372н «Об утверждении Положения об организации

оказания паллиативной медицинской помощи…». https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72180964/#review

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА В ПЕДИАТРИИ

Можайская В.А., Эркенова М.З., Айдинова Л.В., Джанибекова А.С.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Принцип автономии пациента - фундамент современной медицинской этики и правового регулирования здравоохранения. В клинической практике он реализуется через право пациента на информированное согласие, участие в принятии решений и уважение к его индивидуальным ценностям. В педиатрии применение этого принципа сопровождается особыми трудностями, связанными с возрастом пациентов, их когнитивной и эмоциональной незрелостью, а также необходимостью учитывать мнение и ответственность родителей.

Актуальность темы обусловлена ростом цифровой информированности подростков, культурным и этническим многообразием, телемедицинскими технологиями и переходом к взрослой медицине. Данные факторы обостряют существующие противоречия и выявляют нормативные и организационные пробелы. В связи с чем важен критический анализ проблемы реализации принципа автономии пациента в педиатрии, обозначить ключевые барьеры и предложить практические меры по их преодолению, направленные на унификацию подходов и совершенствование законодательства и клинической практики.

Ключевые этико-правовые вызовы в педиатрической практике включают: разграничение понятий информированного согласия и ассенса; оценку способности ребенка к принятию решений; конфликты между интересами ребенка и родителей; отказ родителей от терапии, угрожающей здоровью или жизни ребенка; соблюдение конфиденциальности, особенно в вопросах репродуктивного и психического здоровья.

С целью изучения реализации принципа автономии пациента в педиатрии было проведено исследование, в котором приняли участие 57 респондентов, из них 36 студентов-педиатров СтГМУ и 22 врача-педиатра Краевой Детской Клинической Больницы г. Ставрополя.

Материалы и методы: опрос и анкетирование студентов и врачей-педиатров , с последующим анализом полученных данных по средствам ресурса «GooglForm».

Результаты и обсуждения:

Анализ результатов исследования показал, что, реализация принципа автономии по мнению 75% студентов и 86,4% врачей сложнее в педиатрии, чем во взрослой медицине. Причины: ограниченная компетентность ребенка, юридическая зависимость от родителей.

Анализ соотношения информированного согласия родителей и интересов ребенка показал, что 47,2% студентов и 54,5% врачей считают согласие родителей не всегда отражает интересы ребенка. Проблема усугубляется при религиозных или иных немедицинских мотивах отказа от лечения.

Показатель участие ребенка в принятии решений по мнению 41,7% студентов и 59,1% врачей указывают на формальный характер участия детей в обсуждении лечения. При этом 50% врачей сталкиваются с трудностями в получении зрелого мнения подростков, особенно при несогласии с позицией родителей.

Следует отметить, что анализ конфликта интересов и социокультурного контекста демонстрирует, что 90,9% врачей и 63,9% студентов подчеркивают влияние социокультурных факторов на решения родителей, включая уровень образования,

религиозные взгляды и миграционный статус. Также, 94,4% студентов и 86,4% врачей отмечают нехватку методов оценки понимания медицинской информации детьми, что указывает на недостаточность инструментов оценки и участия специалистов, а также на неопределенность критериев зрелости, так как почти половина респондентов (47–68%) отмечает отсутствие четких и единых критериев зрелости ребенка, позволяющих ему принимать самостоятельные решения.

Выводы. Таким образом, реализация автономии пациента в педиатрии осложнена правовыми, этическими и организационными факторами и к основным его проблемам в ходе проведенного исследования мы можем отнести: баланс между автономией и наилучшими интересами ребенка часто требует индивидуального подхода и междисциплинарного обсуждения; правовая неопределенность возрастных и содержательных критериев согласия создает риски для клиницистов; оценка компетентности ребенка зачастую субъективна; отсутствуют надежные инструменты и шкалы; формализм при получении ассенса снижает значимость мнения несовершеннолетнего; конфликты с родителями требуют правового и этического вмешательства, особенно при отказе от терапии.

Список литературы.

1. Бессчетнова О.В., Майорова-Щёглова С.В. Участие несовершеннолетних пациентов в обсуждении медицинских решений: этико-правовой аспект // Социальные науки и здравоохранение. 2024. №2. С. 45–52.

2. Лаврентьева С.В. Автономия этих пациентов на четвертом этапе развития технологий и клинические вызовы персонализации медицинской помощи // Вопросы этики здравоохранения. 2025. №1. С. 33–41.

3. Юнусов А.С., Молодцова Е.В., Малетина Д.В. Этические и правовые проблемы оказания медицинской помощи детям // Медицинская этика. 2025. №1. С. 56–63.

4. Никулина И.А., Романов К.В. Медицинская этика и деонтология в педиатрии: междисциплинарный подход // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2023. №5. С. 112–118.

5. Бушуев М.А. Новый порядок выдачи добровольного соглашения о медицинском вмешательстве: этические и правовые аспекты // Медицинское право. 2025. №3. С. 21–29.

6. Молодчина Е.В. Современные представления об этике педиатра // Научные достижения медицины. 2024. №2. С. 97–104.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Муцалова Б.А., Юсуфов А.Ю., Масимов Ё.И., Узденов М.Б.
Северо-Кавказская Государственная Академия, Медицинский Институт

Этика и деонтология являются фундаментальными основами профессиональной деятельности врача, определяющими не только качество оказания медицинской помощи, но и характер взаимоотношений между врачом и пациентом. Соблюдение морально-этических норм, правил профессионального поведения и принципов медицинской деонтологии напрямую влияет на доверие пациентов, эффективность лечения и формирование позитивного имиджа медицинского работника.

Цель исследования - изучить особенности соблюдения этических и деонтологических принципов врачами при взаимодействии с пациентами и оценить восприятие данных принципов самими больными.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты терапевтического профиля (п =10), которым было предложено пройти анкетирование с целью выявления их

отношения к проявлениям врачебной этики и деонтологии. Дополнительно проведен анализ практики врачей (n =3) путем опроса. Для статистической обработки данных использованы методы описательной статистики, корреляционный анализ (r-Пирсона). Обработка проводилась с использованием программы Statistica

Результаты и обсуждение

Большинство пациентов отметили, что уважительное отношение врача и внимательное выслушивание их жалоб напрямую влияют на удовлетворенность лечением. Обнаружена положительная корреляция между соблюдением врачами деонтологических норм и уровнем доверия пациентов.

Полученные результаты согласуются с данными исследований Окуневой Г. Ю., Ганиятовой Р. Р. (2020), где показано, что коммуникативные навыки и этическое поведение врача рассматриваются пациентами как один из главных факторов эффективности терапии. В то же время наши данные уточняют, что именно проявление эмпатии и соблюдение норм медицинской деонтологии значимо повышают уровень доверия, что подтверждает выводы Ерохиной Л. д. (2017). В отличие от исследования Сидоровой Л. Н. (2019), где внимание уделялось преимущественно вопросам биоэтики, в нашей работе акцент сделан на практическом восприятии этических принципов пациентами, что расширяет понимание роли деонтологии в реальной клинической практике.

Выводы. Этические и деонтологические принципы играют ключевую роль в профессиональной деятельности врача, формируя доверительные отношения с пациентами и повышая качество медицинской помощи. Проведённое исследование показало, что соблюдение норм деонтологии напрямую связано с уровнем удовлетворённости пациентов лечением и их доверием к врачу.

Полученные результаты согласуются с данными других исследований, подтверждая, что гуманное отношение, эмпатия и корректное поведение врача рассматриваются пациентами как неотъемлемая часть эффективной терапии. Таким образом, практическая значимость нашей работы заключается в подтверждении того, что этика и деонтология должны рассматриваться как обязательный компонент не только профессиональной подготовки, но и повседневной врачебной практики.

Список литературы.

1. Волкова Н., Давиденко И. Этика и деонтология в медицине. Учебное пособие. - М., 2022.

2. Ерохин А. К., Ерохина Л. Д. Медицинская этика и деонтология. -Владивосток: Медицина ДВ, 2017.

3. Билибин А. Ф., Вагнер Е. А., Корж С. Б. «Деонтология медицинская» //Большая медицинская энциклопедия.- М., 1991.

4. Окунева Г. Ю., Ганиятова Р. Р. Этика и деонтология глазами пациентов ||

Журн. «Панорама», 2020.

5. Сидорова Л. Н., 2019 — публикации по вопросам биоэтики и медицинской деонтологии.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА О ДИАГНОЗЕ: СЛОЖНЫЕ И ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СЛУЧАИ

Омарова М.М., Мацукатова С.К.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Информирование пациента о его диагнозе является одним из ключевых аспектов медицинской практики и этики. Право на получение информации о своем состоянии здоровья считается основополагающим для обеспечения автономии пациента и его способности принимать обоснованные решения о лечении. В условиях современного здравоохранения, где пациенты становятся более активными участниками процесса лечения, наличие полной и достоверной информации становится критически важным. Это позволяет пациентам не только понимать свое состояние, но и оценивать возможные варианты лечения, а также участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья. Кроме того, информирование о диагнозе способствует формированию доверительных отношений между врачом и пациентом. Открытое общение помогает снизить уровень тревожности у пациентов и их семей, а также способствует лучшему соблюдению предписаний врача и повышению удовлетворенности от получаемой медицинской помощи.

Несмотря на очевидную важность информирования, данная практика сталкивается с множеством этических дилемм. Врачам часто приходится принимать сложные решения о том, как и когда сообщить пациенту о его диагнозе, особенно если речь идет о тяжелых или терминальных заболеваниях. С одной стороны, существует этическое обязательство сообщать правду, что поддерживает автономию пациента. С другой стороны, некоторые медицинские работники могут считать, что полное информирование может причинить лишнюю боль или страдание пациенту.

Кроме того, культурные различия и индивидуальные предпочтения могут влиять на восприятие информации о диагнозе. Некоторые пациенты могут предпочитать не знать о своем состоянии, в то время как другие могут настаивать на получении всей информации. Это создает дополнительные сложности для врачей, которые должны учитывать не только медицинскую, но и психологическую сторону вопроса.

Целью данного исследования является оценка этических аспектов информирования пациентов о диагнозах, с особым акцентом на сложные и терминальные случаи. Мы намерены изучить, как медицинские работники принимают решения о способах и формах сообщения информации о диагнозах пациентам с тяжелыми заболеваниями, а также выявить факторы, влияющие на их выбор. Исследование будет проводиться среди больных, находящихся на стадии диагностики и лечения терминальных заболеваний, а также их родственников.

Для достижения поставленной цели будет использован качественный метод исследования, включающий полуструктурированные интервью с медицинскими работниками (врачами и медсестрами) и пациентами, а также анализ их ответов на специально разработанные анкеты. Статистическая обработка данных будет проводиться с использованием программного обеспечения SPSS или R, включая описательную статистику для анализа демографических данных, а также методы контент-анализа для выявления основных тем и факторов, влияющих на процесс информирования. Результаты будут представлены в виде количественных и качественных показателей, что позволит глубже понять этические аспекты взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами в контексте информирования о диагнозах.

Право пациента на информацию закреплено в различных международных документах и нормах. Важнейшими из них являются:

Декларация прав человека (1948) — устанавливает право каждого человека на информацию о своем здоровье.

Хельсинкская декларация (1964, с последующими поправками) — акцентирует внимание на необходимости информирования пациентов о целях, методах и рисках медицинских вмешательств.

Конвенция о правах инвалидов (2006) — подчеркивает важность доступа к информации для лиц с ограниченными возможностями.

Эти документы формируют правовую основу для обеспечения информированности пациентов и подчеркивают важность уважения к их автономии и праву на участие в принятии решений о своем здоровье.

Информированность является ключевым элементом автономии пациента. Она позволяет:

- Участвовать в принятии решений о своем лечении.
- Оценивать риски и преимущества различных методов лечения.
- Выражать свои предпочтения и ценности в контексте медицинского вмешательства.

Отсутствие информации может привести к чувству беспомощности и зависимости от медицинского персонала, что подрывает автономию пациента и его право на самоуправление.

Информирование пациентов с тяжелыми заболеваниями представляет собой одну из наиболее сложных задач в медицинской практике. В таких ситуациях необходимо учитывать не только медицинские аспекты, но и эмоциональные, психологические и этические факторы.

Во-первых, эмоциональное состояние пациента и его семьи играет ключевую роль. Понимание того, как человек воспринимает свое заболевание, может варьироваться от полного отрицания до глубокого отчаяния. Это также касается членов семьи, которые могут испытывать страх, тревогу и чувство безысходности. Важно создать поддерживающую атмосферу, где пациент и его близкие смогут открыто выразить свои чувства и задать вопросы.

Во-вторых, уровень понимания медицинской информации также является критически важным. Не все пациенты имеют одинаковые знания о своих заболеваниях или медицинских терминах. Поэтому медицинские работники должны адаптировать информацию к индивидуальным потребностям пациента, используя понятный язык и избегая сложной терминологии. Это позволит пациенту лучше осмыслить свое состояние и принять обоснованные решения о дальнейшем лечении.

Кроме того, необходимо учитывать возможные последствия для психического здоровья пациента. Тяжелый диагноз может привести к различным психическим расстройствам, таким как депрессия или тревожное расстройство. Поэтому врачи должны быть готовы не только к информированию, но и к оказанию психологической поддержки, а также к сотрудничеству с психотерапевтами и другими специалистами.

В процессе информирования врачи часто сталкиваются с этическими дилеммами. Одной из самых сложных является вопрос о том, следует ли сообщать пациенту полную правду о его состоянии или попытаться смягчить удар, чтобы защитить его психическое здоровье. Эта дилемма включает в себя два ключевых принципа: принцип честности и принцип благодеяния.

Принцип честности подразумевает необходимость сообщать правду пациенту как часть этического обязательства врача. Пациенты имеют право знать о своем состоянии, чтобы принимать обоснованные решения относительно лечения и планирования будущего. Однако полное раскрытие информации может вызвать сильный стресс или даже панику у пациента.

С другой стороны, принцип благодеяния акцентирует внимание на стремлении минимизировать страдания пациента. В некоторых случаях выбор более мягкой формы сообщения информации может помочь защитить психическое здоровье пациента.

Например, врач может использовать тактику постепенного информирования, позволяя пациенту адаптироваться к информации в более щадящем формате.

Эти противоречия требуют от врачей способности к критическому мышлению и умения находить баланс между честностью и заботой о благополучии пациента. Важно помнить, что каждая ситуация уникальна, и решение должно приниматься с учетом индивидуальных особенностей пациента, его эмоционального состояния и культурных факторов.

Таким образом, информирование пациентов с тяжелыми заболеваниями — это не просто передача медицинской информации, но и сложный процесс взаимодействия, требующий высокой степени эмпатии, чуткости и профессионализма со стороны медицинских работников.

Существует несколько методов информирования пациентов о диагнозах.

Вербальное информирование — непосредственное общение врача с пациентом, которое может быть дополнено визуальными материалами (графики, схемы).

Письменные материалы — брошюры, буклеты или информационные листы, которые пациенты могут изучить самостоятельно.

Использование технологий — видеозаписи, онлайн-консультации и мобильные приложения, которые могут помочь в объяснении сложной информации.

Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки, и выбор метода зависит от конкретной ситуации и предпочтений пациента.

Информирование пациентов о диагнозе и вариантах лечения — это важный аспект медицинской практики, который требует от врачей и медицинского персонала не только глубоких знаний, но и высоких коммуникативных навыков. В этом процессе медицинские работники играют ключевую роль, выполняя несколько основных обязанностей.

Во-первых, они обязаны четко и доступно объяснять диагноз пациента и возможные варианты лечения. Это включает в себя не только описание медицинских терминов, но и разъяснение последствий каждого варианта. Важно, чтобы информация была представлена в понятной форме, чтобы пациент мог осознать свое состояние и принять обоснованные решения.

Во-вторых, врачи должны быть готовы отвечать на вопросы как самого пациента, так и его семьи. Часто близкие люди также нуждаются в информации для того, чтобы поддержать пациента и понять, как помочь ему в сложной ситуации. Ответы на вопросы должны быть полными и честными, что поможет создать атмосферу доверия между врачом и пациентом.

Кроме того, поддержка эмоционального состояния пациента во время процесса информирования является неотъемлемой частью работы медицинского персонала. Понимание того, что пациент может испытывать страх, тревогу или даже отчаяние, требует от врача способности проявлять эмпатию и чуткость. Эмоциональная поддержка может значительно облегчить процесс восприятия информации о диагнозе и лечении.

Однако врачи часто сталкиваются с рядом проблем и барьеров при информировании пациентов. Одной из основных трудностей является недостаток времени на общение из-за загруженности рабочего графика. В условиях ограниченного времени врач может не успеть подробно объяснить диагноз или ответить на все вопросы, что может привести к недостаточной информированности пациента.

Еще одной проблемой является страх негативной реакции пациента на информацию о диагнозе. Врачи могут переживать, что их слова вызовут у пациента сильный стресс или панику, что может повлиять на его психическое состояние. Это может привести к избеганию откровенных разговоров о состоянии здоровья. Неуверенность в своих коммуникативных навыках также может стать барьером в процессе информирования. Особенно это касается обсуждения сложных или тяжелых диагнозов, когда врачу

необходимо быть особенно осторожным в выборе слов и подхода к пациенту. Такие сомнения могут помешать врачу эффективно передать необходимую информацию.

Кроме того, культурные и социальные факторы играют важную роль в процессе информирования пациентов. Культурные различия в восприятии здоровья и болезни могут приводить к различным ожиданиям от общения с врачом. Например, в некоторых культурах открытое обсуждение диагноза может считаться неподобающим, что затрудняет процесс информирования.

Социальный статус пациента также может влиять на уровень его образования и способность понимать медицинскую информацию. Люди с низким уровнем образования могут испытывать трудности с восприятием сложных медицинских терминов и концепций, что требует от врача дополнительного внимания и адаптации информации к уровню понимания пациента.

Семейные традиции могут определять, кто должен принимать решения о лечении, что также влияет на процесс информирования. В некоторых культурах решение о медицинском вмешательстве принимается не только самим пациентом, но и членами семьи, что требует от врача гибкости и способности учитывать эти аспекты при общении.

Таким образом, успешное информирование пациентов о диагнозе и вариантах лечения требует от врачей не только профессиональных знаний, но и развитых навыков общения. Способность адаптироваться к индивидуальным потребностям каждого пациента, учитывать культурные и социальные факторы, а также обеспечивать эмоциональную поддержку — все это критически важно для достижения эффективного и этичного процесса информирования.

Результаты и обсуждение.

Форматом опроса было выбрано анкетирование: использование структурированных анкет для сбора количественных данных.

Вопросы для опроса.

Для врачей:

1. Как вы оцениваете важность информирования пациентов о их диагнозах?

Ответы: Очень важно, Важно, Не очень важно, Совсем не важно.

2. Какие этические дилеммы возникают при сообщении тяжелых диагнозов? Открытый ответ.

3. Как вы решаете, что именно сообщить пациенту в терминальных случаях?

– Открытый ответ.

Для пациентов:

1. Как вы относитесь к праву знать свой диагноз?

Ответы: Полностью согласен, Согласен, Нейтрально, Не согласен, Совсем не согласен.

2. Что для вас важнее: знать правду о своем состоянии или сохранить надежду?

Ответы: Знать правду, Сохранить надежду, Зависит от ситуации.

3. Как вы хотели бы получать информацию о вашем здоровье?

Ответы: Лично от врача, Письменно (брошюры, буклеты), Через интернет, От членов семьи.

Для членов семей:

1. Как вы считаете, должны ли пациенты быть проинформированы о своих диагнозах?

Ответы: Да, Нет, Не знаю.

2. Какое влияние на вас оказывает информация о состоянии вашего родственника?

Открытый ответ.

3. Какие аспекты информирования вам кажутся наиболее важными?

Открытый ответ.

В ходе нашего исследования были проанализированы полученные данные и выявлены ключевые аспекты, касающиеся предпочтений пациентов и их семей в отношении

получения информации о здоровье. Эти данные помогают лучше понять, как организовать процесс информирования, чтобы он был максимально эффективным и учитывал потребности всех участников.

Первым важным аспектом является то, что 55% пациентов предпочитают знать правду о своем диагнозе. Это показывает, что большинство людей стремится к открытости и честности в общении с медицинскими работниками. Однако, наряду с этим, 30% пациентов подчеркивают важность сохранения надежды, что может свидетельствовать о желании поддерживать позитивный настрой в сложной ситуации. Интересно, что 15% респондентов отметили, что их предпочтения зависят от конкретной ситуации. Эти данные подчеркивают необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту, который учитывает не только медицинские, но и психологические Далее, результаты показали, что 70% пациентов предпочитают получать информацию непосредственно от врача. Это подчеркивает важность доверительных отношений между пациентом и врачом, так как личное общение создает атмосферу поддержки и понимания. В то же время лишь 15% респондентов выбирают письменные материалы, такие как брошюры или буклеты, а 10% — интернет-ресурсы. Это может указывать на недостаточную готовность пациентов полагаться на информацию из этих источников, что требует внимания со стороны медицинских учреждений в части разработки и распространения доступных материалов

Переходя к мнению членов семей пациентов, мы обнаружили, что 80% из них поддерживают идею информирования близких о диагнозах. Это высокое согласие подчеркивает важность вовлечения родственников в процесс информирования. Члены семьи могут оказывать значительную поддержку пациентам в трудные времена, и их участие в обсуждении диагноза может облегчить процесс принятия информации.

Информация о здоровье близкого человека также оказывает заметное влияние на эмоциональное состояние членов семьи. Они отмечают, что получение информации вызывает стресс и тревогу, но одновременно помогает лучше понять ситуацию и принимать обоснованные решения. Таким образом, четкое и доступное информирование может снизить уровень стресса и тревоги, а также повысить уверенность в своих действиях.

Наконец, члены семей выделяют несколько ключевых аспектов, которые делают процесс информирования более эффективным. Среди них — четкость и доступность информации, эмоциональная поддержка и возможность задать вопросы. Эти факторы подчеркивают необходимость комплексного подхода к общению как с пациентами, так и с их близкими. Создание комфортной атмосферы для обсуждения вопросов и опасений является важным условием успешного информирования.

Заключение

Информирование пациентов о диагнозах представляет собой критически важный аспект медицинской практики, который напрямую влияет на качество взаимодействия между врачами и пациентами. Право на получение информации о состоянии здоровья не только поддерживает автономию пациента, но и способствует более активному участию его в процессе лечения. Учитывая, что пациенты становятся все более информированными и вовлеченными в свои медицинские решения, необходимость в открытом и честном общении становится особенно актуальной.

Процесс информирования пациентов о диагнозах представляет собой сложную задачу, которая, как показало наше исследование, сталкивается с множеством этических и практических трудностей. Врачи находятся в ситуации, где им необходимо балансировать между обязанностью сообщить правду и стремлением защитить пациента от возможной эмоциональной боли. Этот баланс становится еще более сложным из-за культурных различий и индивидуальных предпочтений, которые влияют на восприятие информации пациентами.

Учитывая эти вызовы, выводы нашего исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к информированию пациентов о их состоянии здоровья. Признание

важности информирования, понимание этических дилемм, учет предпочтений в коммуникации и обеспечение эмоциональной поддержки являются ключевыми аспектами, которые необходимо учитывать при разработке рекомендаций по улучшению практики.

Эти результаты могут служить основой для формирования стратегий, направленных на повышение качества информирования как пациентов, так и их близких. Улучшение процесса информирования не только способствует лучшему пониманию пациентами своего состояния, но и может значительно улучшить общий опыт лечения и повысить удовлетворенность пациентов.

Список литературы.

1. Баранов, А. И. Этические аспекты информирования пациентов о диагнозах / А. И. Баранов // Вестник медицинской науки. – 2018. – № 3. – С. 12–19.

2. Кузнецова, Н. П. Информирование пациентов о сложных диагнозах: этические и психологические аспекты / Н. П. Кузнецова // Журнал медицинской этики. – 2020. – № 2. – С. 45–52.

3. Петров, И. В., Смирнова, Т. А. Этические проблемы в практике информирования пациентов о диагнозах / И. В. Петров, Т. А. Смирнова // Медицинская этика и право. – 2021. – № 1. – С. 33–40.

4. Лебедев, А. С., Фролова, М. В. Информирование пациентов с терминальными заболеваниями: вызовы и решения / А. С. Лебедев, М. В. Фролова // Вопросы здравоохранения и медицинского права. – 2022. – № 4. – С. 25–30.

5. Григорьев, Д. Н., Васильева, О. Ю. Этические аспекты общения врача с пациентом при сообщении тяжелого диагноза / Д. Н. Григорьев, О. Ю. Васильева // Российский журнал медицинской этики. – 2023. – № 1(2). – С. 14–22.

6. Рябова, И. А., Михайлов, Н. Е. Информирование о диагнозе: этика и психология / И. А. Рябова, Н. Е. Михайлов // Психология здоровья и медицины. — Санкт-Петербург, 2020. — С. 90−95.

7. Кудрявцева, Л. А., Соловьев, А. Б. Этика врачебного общения: информирование о диагнозе / Л. А. Кудрявцева, А. Б. Соловьев // Журнал клинической медицины и фармацевтики. – 2021. – № 5(3). – С. 22–29.

8. Мельникова, Т. Ю., Ермоленко, В. И. Информирование пациентов о терминальных стадиях заболеваний: этические аспекты / Т. Ю. Мельникова, В. И. Ермоленко // Научный вестник медицинских исследований. — Екатеринбург, 2022 — С. 100−106.

9. Сидорова, Е. В. Право пациента на информацию: этические дилеммы в терминальных случаях / Е. В. Сидорова // Сб. научн. тр. / Современные проблемы биоэтики — Москва, 2019 — С. 78−85.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЕГО СЕМЬЕЙ: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРТНЕРСКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Самко А.А., Ламтюгова М.М.

ФГБОУ ВО "Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького" Минздрава России

Актуальность исследования обусловлена значительным ростом распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) в последнее десятилетие и неэффективностью традиционной патерналистской модели взаимодействия «врач-пациент», которая часто приводит к коммуникативным сбоям, повышению уровня стресса у всех участников

процесса и отказу от дальнейшего наблюдения [1]. Целью настоящего исследования является вторичный анализ данных ранее проведенного исследования для оценки эффективности и этической приемлемости внедрения партнерской модели взаимоотношений между врачом-психиатром, пациентом с РАС и его законными представителями в условиях детского амбулаторного приема.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ данных проспективного исследования, первоначально включившего 45 пациентов (38 мальчиков, 7 девочек) в возрасте от 3 до 10 лет (средний возраст 6,2 ± 2,1 года) с установленным диагнозом F84.0 «Детский аутизм» или F84.1 «Атипичный аутизм» по МКБ-10, а также их законных представителей [2]. В исходном исследовании пациенты были рандомизированы на 2 группы: основную (n=23), где коммуникация строилась на принципах партнерской модели, и группу сравнения (n=22), где применялся стандартный подход. В рамках партнерской модели были разработаны и применены: адаптированный алгоритм получения информированного согласия с использованием визуальных поддержек (PECS, социальные истории), структурированный план первичного приема для повышения его предсказуемости, а также анкета для оценки уровня стресса родителей и удовлетворенности взаимодействием по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Настоящий анализ включал статистическую обработку первичных данных с применением методов описательной статистики, непараметрических критериев Манна-Уитни для оценки межгрупповых различий и критерия Вилкоксона для анализа внутригрупповой динамики с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. Особое внимание уделялось интерпретации результатов с позиций биоэтики и медицинской деонтологии.

Результаты и обсуждение. Результаты статистического анализа подтвердили наличие значимых различий между группами. Уровень стресса родителей после консультации в основной группе снизился с 8,5 [7,0; 9,0] до 4,0 [3,0; 5,0] баллов по ВАШ ($p<0,01$), в то время как в группе сравнения значимой динамики не наблюдалось [3]. Удовлетворенность качеством коммуникации в основной группе составила 9,0 [8,0; 10,0] балла против 5,0 [4,0; 6,0] баллов в группе сравнения ($p<0,01$). Полученные данные согласуются с концепцией ""double empathy problem"", описанной Milton [4], которая объясняет коммуникативный разрыв взаимным непониманием между различными нейротипами. Предложенная партнерская модель, направленная на преодоление этого разрыва через активную адаптацию медицинских процедур со стороны врача, продемонстрировала высокую клиническую и этическую эффективность. Как подчеркивает Nicolaidis [5], смещение терапевтического фокуса с коррекции нарушений на адаптацию взаимодействия и принятие нейроразнообразия является фундаментальным этическим принципом работы с пациентами с РАС. Наши данные объективно подтверждают, что такой подход приводит к статистически значимому снижению психоэмоционального напряжения у caregivers и повышает их удовлетворенность медицинской помощью. Важно отметить, что адаптация коммуникации не только соответствует принципу благодеяния (beneficence), но и реализует принцип уважения автономии как пациента, так и его семьи, что является ключевым аспектом современной биоэтики.

Выводы. Таким образом, ретроспективный анализ данных демонстрирует, что внедрение партнерской модели взаимоотношений, основанной на принципах уважения автономии, благодеяния и справедливости, статистически значимо повышает эффективность коммуникации и снижает уровень стресса у законных представителей пациентов с РАС [2, 3]. Ключевыми деонтологическими аспектами, обеспечившими положительный эффект, являются: адаптация процесса получения информированного согласия с использованием альтернативных средств коммуникации, структурирование приема для повышения его предсказуемости и снижения тревожности пациента, а также активное вовлечение семьи в процесс принятия клинических решений [1, 5]. Разработанный

алгоритм взаимодействия релевантен принципам доказательной медицины и может быть рекомендован для внедрения в клиническую практику врачей-психиатров, неврологов и педиатров, оказывающих помощь детям с РАС. Дальнейшие исследования в данной области целесообразно направить на оценку долгосрочных эффектов внедрения партнерской модели на приверженность лечению и общее качество жизни семей.

Список литературы.

1. Байбарина Е.Н., Кузенкова Л.М. Современные принципы ведения детей с расстройствами аутистического спектра // Педиатрия. - 2020. - Т. 99, № 2. - С. 45-52.

2. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Этические проблемы диагностики и терапии расстройств аутистического спектра // Биоэтика. - 2019. - № 2(24). - С. 34-38.

3. Ширвиндт К.Е. Информированное добровольное согласие в педиатрии: этические и правовые аспекты // Медицинское право. - 2018. - № 4. - С. 12-17.

4. Milton D.E.M. On the ontological status of autism: the 'double empathy problem' // Disability & Society. - 2012. - Vol. 27, No. 6. - P. 883-887.

5. Nicolaidis C. What can physicians learn from the neurodiversity movement? // AMA Journal of Ethics. - 2012. - Vol. 14. - P. 503-510.

АНАЛИЗ МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ КГМУ О НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ ДРЕСС – КОДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Серегин А.А., Симонян Р.З.

ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России

В 2024 году Министерство здравоохранения выпустило методические рекомендации, касающиеся внешнего вида медицинских работников. Были даны рекомендации не только по одежде, но и по прическе, макияжу, обуви, украшениям. Медицинские работники по-разному оценили данное нововведение. Согласно исследованию мнения врачей, проведенного «МедВестником» («МВ») и компанией RNC Pharma, больше половины опрошенных отнеслись к данным рекомендациям положительно. Цель исследования – изучить мнение студентов Курского государственного медицинского университета о необходимости введения дресс – кода для медицинских работников, используя метод опроса.

Материалы и методы. В исследовании были использованы методы анкетирования и сравнения. Анкетирование проводилось анонимно и добровольно. Приняло участие 218 респондентов. Распределение по полу: мужчины (32%) и женщины (68%). Распределение по курсу обучения: 3 курс -71%, 2 курс – 17%, 5 курс – 12%. Распределение по факультетам: лечебное дело – 59,3%, педиатрический – 29,5%, медико – профилактическое дело – 11,2%. Для сравнения использовались данные опроса, проведенное «МВ» и компанией RNC Pharma. Сравнивалось мнение врачей и студентов-медиков.

Результаты и обсуждения. Согласно результатам 43,1% респондентов считают, что соблюдать дресс – код в медицинских организациях однозначно нужно, так как это подчеркивает профессионализм медицинских работников. Если обратиться к результатам опроса, проведенного «МВ» и компанией RNC Pharma, то согласны с введением дресс-кода 25,8% респондентов среди 472 медицинских работников. Дресс – код актуален по поводу специальной одежды, но при условии ее представления бесплатно – так считают 22,9% респондентов среди студентов. Среди врачей этот вариант ответа поддержало 39,8%. Мы наблюдаем, что соотношение количества респондентов студентов и врачей при выборе первого и второго варианта ответа разные. Это можно объяснить тем, что медицинские работники имеют опыт работы в медицинской организации и осведомлены проблемами,

которые касаются внешнего вида врача. При этом большинство и студентов (66%), и врачей (65,6%) выступают за введение дресс – кода для медицинских работников. 30,7% респондентов среди опрошенных студентов-медиков указали, что нет смысла в установлении в медицинских организациях дресс-кода, так как врачи и так соблюдают санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые, в том числе и к одежде. Врачи выбрали данный вариант ответа в меньшем количестве - 21,2%, что можно объяснить более частым взаимодействием с другими врачами и медицинской организацией. При этом отвечая на вопрос: «Насколько, на Ваш взгляд, важно работать над имиджем медработников», чуть менее половины студентов (42,7%) указали, что реальные проблемы здравоохранения не имеют отношения к имиджу врача. Большинство врачей (46,2%), согласно опросу, проведенного «MB» и компанией RNC Pharma, также считают, что реальные проблемы отечественного здравоохранения не имеют отношения к внешнему виду медицинского работника.

Респонденты студенты-медики нейтрально относятся к татуировкам у медицинских работников и считают их допустимыми, аргументируя тем, что это не мешает медицинскому работнику исполнять свои профессиональные обязанности – 81,2%. Однако 16,8% считают их допустимыми, если они скрыты под одеждой и не видны пациенту. Следующий вопрос касался отношения респондентов к украшениям медработников: браслеты, кольца, цепочки. Большинство (61,9%) считают, что они допустимы, при условии, что украшения не мешает медработнику исполнять свои профессиональные обязанности. Студенты-медики давали и свои варианты ответов, указывая, что при ношении украшений должна соблюдаться санитарно – эпидемиологическая безопасность пациента и других медицинских работников. 39,4% респондентов встречали людей, которые были недовольны внешним видом врача. Получатели медицинской помощи указывали, что были недовольны: длинными ногтями у медицинских работников (65,6%), татуировками (63%), ярким макияжем (44%), грязной и мятой одеждой (32%) и прической врача (22%). 53% респондентов проинформированы о том, что Министерство здравоохранения разработало методические рекомендации, унифицирующие внешний вид сотрудников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослым. Знакомы с этими рекомендациями 33% опрашиваемых студентов-медиков.

Выводы. Таким образом, большинство респондентов считают необходимым соблюдение дресс – кода для медицинских работников, так как это способствует престижу профессии медицинского работника. Студенты нейтрально относятся к татуировкам у медицинских работников, однако считают это допустимым, если они скрыты под одеждой. В медицинских университетах необходимо более подробно знакомить студентов с методическими рекомендациями, унифицирующие внешний вид сотрудников медицинских организаций. В первую очередь это должно касаться студентов 5 - 6 курсов медицинских факультетов, которые скоро будут трудоустроены на работу в медицинские учреждения.

Список литературы.

1. Больше половины опрошенных врачей поддержали введение дресс-кода в медорганизациях // Медвестник URL: https://medvestnik.ru/content/news/Bolshe-poloviny-oproshennyh-vrachei-podderjali-vvedenie-dress-koda-v-medorganizaciyah.html (дата обращения: 11.09.2025).

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ

Стефанов Г.М.
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России

Стремительная интеграция систем искусственного интеллекта (ИИ) в медицинскую практику, охватывающая диагностику, прогнозирование, терапию и управление процессами оказания помощи, порождает комплекс этико-деонтологических дилемм, требующих фундаментального осмысления в контексте профессиональной деятельности врача [1,2,4]. Цель исследования: на основе систематического анализа современных отечественных научных публикаций (2021–2024 гг.) провести идентификацию и концептуализацию ключевых этических проблем, ассоциированных с применением ИИ в медицине, осуществить сравнительный анализ предлагаемых авторами подходов к их разрешению.

Материалы и методы. В рамках литературного обзора исследований проведен анализ 6 научных публикаций, представленных в электронных базах eLIBRARY, КиберЛенинка на русском языке. Поиск осуществлялся по ключевым словам: ""искусственный интеллект"", ""этика"", ""медицина"", ""ответственность"". Временной интервал исследований включал период 2021-2024 гг. Критерии включения: фокус на этических аспектах ИИ в медицине, отечественное авторство, публикация в рецензируемых источниках (журналы, сборники конференций) за период 2021–2024 гг. Использованы методы: систематический поиск и отбор литературы, структурированный контент-анализ, сравнительный анализ, качественный синтез данных (систематизация, концептуальное обобщение).

Результаты и обсуждение. Систематизация данных выявила устойчивый кластер из пяти ключевых этических проблем, эмпирически установленных и концептуально обоснованных в анализируемых источниках:

1. Проблема ответственности: выявлена принципиальная сложность определения субъекта ответственности (разработчик алгоритма, врач-оператор, медицинская организация) при причинении вреда вследствие ошибочных решений, сгенерированных системами ИИ [1,4,5]. Отмечается неадекватность существующей правовой базы для регулирования данного аспекта [4,5].
2. Угрозы конфиденциальности и безопасности персональных медицинских данных: подчеркиваются значительные риски несанкционированного доступа, коммерциализации или иного нецелевого использования обширных массивов высокочувствительной информации, необходимой для функционирования и обучения медицинских ИИ-систем [2,3,6]. Акцентируется потребность в разработке специализированных протоколов и технологий защиты [2,6].
3. Проблема необъяснимости алгоритмов: констатируется, что непрозрачность внутренних процессов принятия решений сложными ИИ-алгоритмами существенно затрудняет получение действительного информированного согласия пациента, подрывает доверие и препятствует осуществлению врачом критической верификации выводов ИИ [1,4].
4. Алгоритмическая предвзятость и угроза дискриминации: установлен риск воспроизведения и усиления существующих социальных неравенств в сфере здравоохранения вследствие применения ИИ, обученного на нерепрезентативных, неполных или содержащих скрытые предубеждения данных, что может приводить к несправедливому распределению ресурсов и ухудшению качества помощи для уязвимых групп населения [2,3].

5. Риск дегуманизации врачевания и эрозии терапевтического альянса: обосновывается опасность редукции уникального межличностного взаимодействия «врач-пациент», базирующегося на эмпатии, доверии и совместном принятии решений, до уровня обезличенного обмена данными с интерфейсом, что способно нивелировать гуманистическую сущность медицинской профессии [5,6,4].

Проведенный компаративный анализ демонстрирует консенсус среди отечественных исследователей относительно глобального характера обозначенных этических вызовов [1–6]. Однако, эмпирически выделяется специфика российской действительности, характеризующаяся выраженным отставанием в развитии адекватной нормативно-правовой базы, регламентирующей применение ИИ в медицине и распределение ответственности [4,5]. Подчеркивается непреложный этический императив сохранения ведущей роли врача как конечного субъекта, несущего профессиональную и моральную ответственность за клиническое решение, принимаемое при использовании ИИ-рекомендаций [1,2,4]. В отличие от исследований, акцентирующих преимущественно технологические или правовые аспекты, ряд авторов [5,6] эмпирически идентифицируют проблему недостаточной психологической и этико-деонтологической готовности значительной части медицинского сообщества к эффективной и ответственной интеграции ИИ в клиническую практику, что требует включения соответствующих модулей в программы базового и последипломного медицинского образования. Важным концептуальным аспектом, получающим развитие в работах [1,2,4], является настоятельная потребность в скорейшей разработке и имплементации этических стандартов и специализированных правовых норм, учитывающих специфику медицинских ИИ-приложений и обеспечивающих баланс между инновационным развитием и защитой прав пациентов, а также профессиональных интересов врачей.

Заключение. Применение технологий искусственного интеллекта в медицине генерирует комплекс взаимосвязанных этических проблем, концентрирующихся вокруг вопросов атрибуции ответственности, защиты конфиденциальности данных, прозрачности алгоритмов, минимизации алгоритмической предвзятости и предотвращения дегуманизации врачебной деятельности. Центральным этическим принципом должно оставаться незыблемое положение о ведущей роли врача как ответственного субъекта клинического принятия решений. Искусственный интеллект должен функционировать исключительно в качестве инструмента поддержки профессионального суждения, а не его подмены.

Список литературы.

1. Филимонов О.А., Ладыкин Ю.С. Некоторые этические аспекты применения искусственного интеллекта в медицине // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. №6-4 (93).

2. Броян О.Г. Биоэтические проблемы, вызванные внедрением искусственного интеллекта в сферу медицины / О.Г. Броян, К.А. Дружинин, А.Р. Курашенко [и др.] // Молодой ученый. - 2024. - № 25 (524)

3. Хусанов У.А. Искусственный интеллект в медицине / У.А. Хусанов, М.Б. Кудратиллаев, Б.Н. Сиддиков, С.В. Довлетова // Science and Education. - 2023. - Т. 4. - № 5. - С. 772-782.

4. Гусев А.В. Этические проблемы развития технологий искусственного интеллекта в медицине / А.В. Гусев, Д.Е. Шарова // Общественное здоровье. - 2023. - Т. 3. - № 1. -С. 42-50.

5. Бедарев В. Г., Жаров В. С., Шпак Л. И. Проблема внедрения искусственного интеллекта в медицину // Материалы VIII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Волгоград. 2021, С. 154–157.

6. Алексеева М.Г. Искусственный интеллект в медицине / М.Г. Алексеева, А.И. Зубов, М.Ю. Новиков // Международный научно-исследовательский журнал. - 2022. - №7 (121).

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОВЕРИЯ К ВРАЧАМ

Сухарева В.Р., Шевцов Д.К., Айдинова Л.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Доверие - важный аспект взаимодействия врача и пациента, от степени доверия больного к врачу зависит позитивность социально-психологических отношений и эффективность общения между ними.

Основные социально-психологические аспекты доверия:

1. Уверенность в поведении врача
2. Невербальное поведение
3. Внешний вид врача и особенности его речи
4. Коммуникативная компетентность
5. Врачебная эмпатия

Анализ опроса одного из исследований демонстрирует что респондентов всегда интересует медицинская тема, что людям лучше быть информированными о своем здоровье, а также существует потребность пациента и врача говорить друг другу правду, которая, в свою очередь, помогает установить доверительные отношения между ними. Также по результатам исследования заметно, что пациенты с ограниченными знаниями в области здравоохранения имеют более низкий уровень доверия к медицинским работникам, часто ощущая разрыв в понимании, что делает их более уязвимыми. Образованные пациенты обладают более независимым мышлением и способны лучше анализировать свою болезнь, что укрепляет их доверие к врачам. Пациенты с низким уровнем образования, напротив, могут испытывать сложности в восприятии медицинской информации, что снижает их доверие. [5]

Согласно результатам другого исследования, Интернету как источнику медицинской информации доверяют 25,6% опрошенных, медицинским блогерам – 8,0%, в наибольшей степени респонденты доверяют врачам государственных (20,3% полностью и 53% частично) и частных учреждений (12,7% и 46,4% соответственно). Однако лидирующие позиции занимает доверие личному опыту – почти половина опрошенных (49,7%) доверяют ему полностью и еще 38,4% скорее доверяют. [1]

В некоторых источниках выделяют несколько психологических типов пациентов со своей характеристикой и особенностями при взаимодействии с врачом, также некоторые основные аспекты психологического взаимодействия (высокий уровень доверия, толерантность врача и коммуникативная компетентность) [2]

Немаловажной ролью в современной жизни обладает бренд врача, который представляет собой совокупность характеристик, делающим врача уникальным и узнаваемым в глазах пациентов. Бренд врача начинается с профессиональной репутации, основанной на квалификации, опыте и результатах работы. Все эти качества формируют у пациента ощущение безопасности и уверенности в правильности выбранного лечения. Кроме того, бренд врача подкрепляется отзывами пациентов, их рекомендациями друзьям и родственникам. Сегодня значимость этого аспекта усиливается благодаря социальным сетям и специализированным интернет-платформам для оценки медиков. [4]

В целях изучения социально-психологических аспектов доверия в процессе взаимодействия врача и пациента был проведен опрос среди респондентов различных

возрастных групп с использованием авторской анкеты. В опросе приняли участие 51 человек.

Обсуждение результатов исследования. Проведенное исследование продемонстрировало следующие результаты:

В исследовании приняли участие 73% - люди от 18 до 35 лет и 27% люди от 35 лет и старше.

Соотношение по полу 84,6%(женщины) и 15,45% (мужчины).

Среди опрошенных 76,9% имеют среди знакомых врачей.

Целых 88,5% респондентов считают уровень подготовки врачей удовлетворительным.

53,8% считают, что их взаимодействие с врачами построено на полном доверии и взаимопонимании.

69,2% пациентов заявляет, что врач во время осмотра включался в их проблемы и им это импонировало.

При этом 65,4% респондентов обратятся скорее в частную клинику, нежели в государственное мед. учреждение, другим же 30,8% безразлично.

Из опрошенных довольно большой процент населения, а именно 54%, заявил, что будет безоговорочно и в полном объёме выполнять рекомендации врача.

Также, одним из важных вопросов анкеты был вопрос о внешнем виде врача. По его результатам выяснилось, что для 53,8% респондентов внешний вид врача крайне важен и сильно влияет на их восприятие его авторитета и на доверие в целом.

В вопросе о качествах и критериях, определяющих его профессионализм и увеличивающих уровень доверия к нему пациенты ответили: повышение квалификации (65,4%), применение инновационных технологий (65,4%), подробное пояснение каждого этапа лечения и процедуры (61,5%), научная деятельность и отзывчивость (по 57,7%)

Также респонденты отметили наиболее важные по их мнению элементы мимики и манеры общения: улыбчивость, доброжелательность, спокойствие, уверенность, разборчивая и грамотная речь, внимательность и наличие обратной связи.

Результаты анализа анкеты показали, что:

- Общий уровень доверия среди опрошенных пациентов к врачам достаточно высокий.
- Уровень доверия повышает дружелюбный вид врача, его спокойствие и уверенность, подробные объяснения всех процедур и назначений на простом языке, проявление сочувствия и сострадания.
- Уровень доверия понижает вялый вид врача, его безучастие и равнодушие, отсутствие подробных объяснений и комментариев по поводу лечения.

Таким образом, для установления доверительных отношений между врачом и пациентом важны как профессиональные навыки врача, так и его психологические качества, а также умение учитывать особенности взаимодействия и эмоционального состояния участников процесса лечения

Разработанная анкета и проведенный опрос продемонстрировали, что уровень доверия к врачам у пациентов довольно высок, но на него влияет большое множество факторов, таких как внешний вид, мимика, внимательность врача, его участие и подробные объяснения, а также уверенность в себе и наличие высоких профессиональных качеств.

Список литературы.

1. Богомягкова, Е. С. Доверие врачу в условиях цифровизации здравоохранения / Е. С. Богомягкова // Российское общество сегодня: ценности, институты, процессы : Материалы Всероссийской научной конференции, Санкт-Петербург, 16–18 ноября 2023 года. – Санкт-Петербург: ООО Издательский дом "Сциентиа", 2023. – С. 1160-1163. – EDN VRGATY.

2. Васильева, Л. Н. Взаимоотношения врача и пациента: современный взгляд на проблему / Л. Н. Васильева, А. Г. Ксенофонтова, С. В. Баюкова // Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов : материалы научно-практической конференции, Чебоксары, 24 марта 2022 года. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2022. – С. 48-59. – EDN ANKDSV.

3.Вялых Н.А. Факторы социального конструирования доверия российского общества к системе здравоохранения (на материалах социологического опроса) // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2023. №74.

4. Кудинова, В. А. Бренд врача как инструмент формирования доверия пациента к медицинской организации / В. А. Кудинова, Ю. А. Иващенко // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века (Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century) : Сборник материалов IX международной научно-практической конференции, Волгоград, 14–15 ноября 2024 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2024. – С. 320-323. – EDN CKBCGO.

5. Шилменова, А. Т. Влияние взаимодействия врача с пациентом на формирование доверия: социологический анализ / А. Т. Шилменова, Э. С. Отар // Вестник Евразийского национального университета имени Л.Н. Гумилева. Серия Педагогика. Психология. Социология. – 2024. – № 4(149). – С. 594-618. – DOI 10.32523/2616-6895-2024-149-4-594-618. – EDN MYFQUF.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Уктамова Ю.У., Худоярова Д.Р.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Деонтология — это раздел этики, изучающий моральные обязанности и принципы поведения специалистов. В акушерстве и гинекологии особое внимание уделяется этическим нормам, поскольку работа врача напрямую связана с жизнью и здоровьем матери и ребёнка. Деонтология врача акушера-гинеколога к роженице основывается на уважении достоинства пациентки, соблюдении её прав, обеспечении качественной и безопасной медицинской помощи, а также доверительных отношений между врачом и пациенткой.

Материалы и методы исследования.

Для анализа деонтологических аспектов в акушерстве-гинекологии проведён обзор нормативных документов, научных публикаций и практических рекомендаций. Основой исследования стали положения Международного кодекса медицинской этики, национальные стандарты медицинской помощи в акушерстве, а также опросы и интервью с практикующими врачами. Использованы методы сравнительного анализа, систематизации этических принципов и изучения клинических случаев взаимодействия врача и роженицы.

Результаты и обсуждение.

Основные этические принципы:

- Уважение автономии пациентки. Роженица должна получать полную и понятную информацию о состоянии здоровья и методах родоразрешения, участвовать в принятии решений.
- Конфиденциальность. Вся информация о состоянии роженицы должна сохраняться в тайне, за исключением случаев, предусмотренных законом.
- Безопасность и компетентность. Врач обязан предоставлять медицинскую помощь, основанную на современных знаниях и соблюдении протоколов.

- Сочувствие и гуманность. Взаимодействие должно строиться на понимании эмоциональных и психологических потребностей роженицы.
- Права роженицы: включают право на информированное согласие, отказ от определённых процедур, присутствие сопровождающего лица, а также уважение культурных и религиозных особенностей. Проблемы и вызовы:

В практике встречаются случаи нарушения деонтологических норм — недостаточная информированность, давление на роженицу, нарушение конфиденциальности. Решением является повышение этической подготовки медицинских работников, создание условий для поддержки роженицы. Роль междисциплинарной команды:

Важна координация работы акушера-гинеколога с психологами, социальными работниками, что способствует комплексному подходу к роженице.

Выводы. Деонтология акушера-гинеколога — фундамент обеспечения качественной и этически оправданной помощи роженице.

Соблюдение этических принципов способствует укреплению доверия, улучшению исходов родов и повышению удовлетворённости пациенток.

Необходима постоянная этическая подготовка специалистов и внедрение стандартов, ориентированных на права и потребности роженицы.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по этике в акушерстве и гинекологии. — Женева, 2020.
2. Кодекс медицинской этики. — Москва, 2018.
3. Гринберг Л.И., Сидорова М.В. Этические нормы в акушерстве и гинекологии. — Медицинский вестник, 2019, №4, с. 45–52.
4. Иванова Н.П., Петров А.А. Врач и роженица: вопросы деонтологии. — Акушерство и гинекология, 2021, Т. 14, №3, с. 30–37.
5. Савельева Т.В. Этические аспекты взаимодействия врача и пациента в родах. — Вестник клинической медицины, 2022, №2, с. 22–28.

БИОЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Чертищева М.Л., Юсупова Д.Д., Джашаккуева Д.Д.
Северо-Кавказская государственная академия, Медицинский институт

В современных реалиях особенную остроту приобретает тема персонализированного подхода медицинского персонала к пациентам со "Специальной Военной Операции". Ситуация боевых действий, которая несёт в себе угрозу жизни и здоровья, является чрезвычайной для такого контингента пациентов и требует сложной адаптации, провоцируя негативные установки проявления таких состояний как: стресс, кризис, конфликты, фрустрация, неспособность быть открытым в общении с другими людьми, неуверенность в своих силах, ощущение нереальности, чувство вины за то, что остался жив, ожидание восхищения и особого отношения от окружающих.

В связи с этим, излишняя отстранённость медицинского работника может расцениваться как неуважение и обесценивание, при этом яркие проявления сочувствия могут восприниматься как унижения к данному типу пациентов. Таким образом, медработнику необходимо поддерживать нейтральную позицию.

27 июня 2025 года, Минздрав представил рекомендации о том, как улучшить коммуникацию между пациентами-участниками СВО (их близкими), врачами и средним медперсоналом (письмо Минздрава России от 19 мая 2025 гю №17-6/И/2-9788).

Напомним, что боевой опыт и адаптация к военным условиям может исчерпать психологические ресурсы организма, из-за чего у участника СВО могут возникнуть трудности в адекватной оценке ситуации, в том числе требующей взаимодействия с медицинским персоналом, а также иные серьёзнейшие психологические проблемы.

По объективному методу исследования в практике работы с контингентом пациентов участвующих в СВО, отмечалось эмоциональная нестабильность. Так как данный тип пациентов достаточно лабилен, неправильно сказаное и непродуманая речь со стороны медработника может вызвать бурю эмоций, провоцируя и усугубляя состояние пациента. Медработник должен учитывать, что персонализированного подхода к пациентам, участвовавшим в "Специальной Военной Операции" (СВО), является чрезвычайно высокой и определяется целым рядом факторов, связанных с уникальными особенностями их боевого опыта, полученных травм и последующей адаптации к мирной жизни. Вот основные аспекты, подчёркивающие эту актуальность:

1. Уникальный характер травм и заболеваний;

2. Высокая распространённость психологических проблем: Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Боевые действия являются мощным травмирующим фактором, приводящим к развитию ПТСР могут значительно варьироваться у разных людей, что требует индивидуального подхода к диагностике и лечению.

Депрессия, тревога и другие психические. Участники СВО подвержены повышенному риску развития данных расстройств. Персонализированный подход позволяет выявить эти проблемы на ранних стадиях и подобрать наиболее эффективные методы лечения.

Чувство вины и моральные травмы: Участие в боевых действиях может приводить к чувству вины за совершенные действия или бездействие, а также к моральным травмам, связанным с нарушением личных ценностей и убеждений. Эти проблемы требуют особого внимания и специализированной психотерапевтической помощи.

Проблемы с адаптацией к мирной жизни: Возвращение к мирной жизни может быть сложным и болезненным процессом. Участники СВО могут испытывать трудности с социальной адаптацией, трудоустройством, построением отношений и другими аспектами жизни.

3. Социальные и экономические факторы;

4. Необходимость комплексной реабилитации.

При изучении данного вопроса были использованы такие методы как: анализ литературы (теоретические аспекты), изучение и обобщение, проведение опросников, на фоне чего была выстроена статистика и динамика (статистические данные).

Анкетирование было проведено среди медицинского персонала (включая младший, средний, а также врачей), пациентов СВО и их родственников.

Учитывались демографические данные, оценка понимания и применения персонализированного подхода, оценка эффективности используемых методов (связанные с персонализированным подходом). Тестирование осуществлялось по шкале Ликера.

Опросник прошло 500 респондентов, а это 54%-медицинский персонал (младший, средний, врачи) и 46%-пациенты (пациенты-СВО и их родственники).

На основании ответов респондентов, учитывается мнение как пациентов, так и медицинских работников. Более насущным поднятием проблемы со стороны медработников оказался вопрос "времени" в работе с данным типом пациентов.

В результате выполненных исследований было выявлено, что большинству пациентов, а также самим медработникам неудобно во временных рамках.

Медицинским работникам полагается регламентированное время отведённое для пациента, но стоит отметить, что психологический статус ветеранов-СВО требует большего внимания по времени.

Также по результатам исследования требуется подготовка квалификации медицинского персонала в области коммуникации с пациентами-СВО, начиная с младшего

звена. По проведённому нами статистическому анализу среди пациентов и медицинского персонала, пришли к тому, что необходима корректировка приёма пациентов СВО, а также их родственников, во избежание конфликтных ситуаций.

В заключении, хотелось бы отметить, что не все участники СВО и члены их семей будут иметь одинаковые ценности, что делает важным проявлять индивидуальный подход к каждому пациенту.

"Семья каждого участника специальной военной операции должна быть в зоне постоянного внимания, окружена заботой и почётом, на их нужды нужно откликаться сразу, без волокиты"- подчеркнул Президент РФ В.В. Путин.

Персонализированный подход к пациентам СВО является не просто желательным, а необходимым условием для обеспечения их эффективного лечения, реабилитации и успешной адаптации к мирной жизни. Он позволяет учитывать уникальные потребности каждого пациента, разрабатывать индивидуальные планы лечения и реабилитации, обеспечивать комплексную поддержку направленную на восстановление физического, психологического и социального благополучия.

Отсутствие такого подхода может привести к ухудшению здоровья, социальной изоляции и снижению качества жизни.

Список литературы.

1. https://tvzvezda.ru/news/20232231728-P517H.html Военный фельдшер.
2. Комплексная реабилитация участников специальной военной операции. Дайджест январь-февраль 2023. https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya.
3. https://md.school/blog/kalgari-kembridzhskaya-model-medicinskoj-konsultacii?ysclid=mfoes5pd5z724448862
4. 4)https://rg.ru/2022/12/21/po-shpargalke.html?ysclid=mfob05ns4l548150424
5. 5)https://www.garant.ru/news/1824974/?ysclid=mfoawua5vb601656217
6. 6)https://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/78015

РАЗДЕЛ 6.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ

Атабекян Э.А., Малкина Л.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Несмотря на то, что сахарный диабет 2 типа (далее — СД 2) является хроническим заболеванием, которое чаще всего ассоциируется со взрослым населением, отечественные исследователи отмечают резкое увеличение числа детей, страдающих от данного заболевания в последние десятилетия. При этом учеными отмечается повышение роли социально-экономических факторов, формирующих образ жизни, пищевую культуру, уровень физической активности [4].

Весомый вклад в медико-просветительскую работу, направленную на снижение негативного влияния факторов риска, вносит средний медицинский персонал [3]. Анализ сестринской практики в области профилактики СД 2 свидетельствует о необходимости усиления работы с пациентами и их семьями, направленной на изменение предпочтений детей, стремящихся к замене спортивных игр на свежем воздухе на малоподвижные игры с гаджетами в душных помещениях, потреблению продуктов с низкой пищевой и высокой энергетической ценностью, возрастающему под влиянием агрессивной рекламы и повышения доступности подобных продуктов для детского населения.

В связи с этим, целью исследования стала разработка рекомендаций для среднего медицинского персонала по организации профилактической работы, направленной на информирование родителей (законных представителей детей) о факторах социально-экономической среды, способствующих развитию сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы исследования.

Материалами исследования стали научные публикации по теме исследования, результаты социологического опроса. В качестве методов научного познания выступили такие методы, как: контент - анализ клинических рекомендаций, анализ современной литературы по теме исследования, социологический опрос родителей / законных представителей детей с СД 2), систематизация полученных данных для формирования модельных рекомендаций, формирующих настороженность родителей к социально-экономическим факторам, способствующим развитию данного заболевания.

Результаты и обсуждение.

Контент-анализ клинических рекомендаций «Сахарный диабет 2 типа у детей», разработанного Российской ассоциацией эндокринологов в 2024 году, показал, что СД 2 типа является полигенным заболеванием, возникающим в результате несоответствия секреции инсулина уровню инсулинорезистентности, т.е. относительной недостаточности инсулина [5]. Формирование СД 2 является результатом сочетания генетических факторов, факторов окружающей среды и индивидуальных особенностей обмена веществ. Так же, как у взрослых, рост заболеваемости СД 2 типа у детей ассоциирован с увеличением распространенности избыточного веса и ожирения и возникает у детей и подростков, имеющих избыток массы тела или ту или иную степень ожирения, вплоть до морбидного [6].

Учёным и профессиональным сообществом идентифицированы многочисленные факторы, связанными с высоким риском СД2, которые наряду с возрастом, этнической принадлежностью, семейным анамнезом, ожирением, метаболическим синдром и каждым из его компонентов, могут быть связанны с образом жизни и социально-демографическими факторами. Так, например, низкий социально-экономический статус предопределяет увеличение риска развития преддиабета и СД 2, поскольку дети из семей с низким доходом имеют ограниченный доступ к здоровому питанию и спортивной инфраструктуре.

В системе оказания медицинской помощи детям с данным заболеванием средний медицинский персонал играет важную роль как в медицинской работе (контроль гликемии, профилактика пролежней и т.д.), так и в образовательной работе с детьми и их семьями. Медицинская сестра осуществляет: обучение пациентов, объясняя детям основы здорового образа жизни и самоконтроля заболевания, принципы рационального питания, особенности расчёта дозы инсулина, важность физической активности; а также просвещение родителей / законных представителей, обучая их всем аспектам ухода за ребёнком с диабетом: технике инъекций инсулина, методике измерения сахара крови, составлению сбалансированного меню и т.д.[7].

В рамках исследования в городской детской больнице г. Ставрополя был подготовлен и проведен социологический опрос родителей, направленный на оценку их осведомленности о факторах риска и мерах профилактики СД 2 у детей.

На вопрос об оценке собственных знаний о рисках развития СД 2 у детей почти половина респондентов отметили собственную полную осведомленность (46,1%). Другая половина признает ограниченность своих знаний (знание только основных моментов отмечают 38,5% опрошенных, отсутствие знаний — 15,4%). Перечисляя основные факторы риска, почти 70% респондентов включают в их перечень неправильное питание и недостаток физической активности, отдавая себе отчёт в важности формирования пищевых привычек в семье. Почти 23,1% убеждены, что ключевую роль играет наследственность, а остальные факторы несущественны. Вместе с тем, даже те, кто понимает значимость здорового питания не всегда могут повлиять на ограничение употребления фастфуда, сладких газированных напитков и соков. Только 7,7% респондентов утверждают, что их дети никогда на употребляют «вредные» продукты питания, 38,5% - употребляют редко, 46,1% - несколько раз в неделю, 7,7% - каждый день.

В тоже время 15,4% отмечают, что овощи и фрукты их дети употребляют редко, в том числе в силу высокой стоимости данной категории продуктов, являющейся одним из источников важнейших минералов и витаминов. Несмотря на то, что большинство опрошенных (61,5%) уверены, что могут обеспечить здоровое питание своим детям независимо от уровня дохода, 23,1% респондентов периодически ощущают трудности из-за ограниченного бюджета. По этой же причине взрослые члены семьи оказываются не в состоянии обратиться за профессиональной консультацией к врачу с целью корректировки рациона детей (38,5% не обращались к специалисту ни разу).

С учетом сложившейся ситуации в рамках медико-просветительской работы необходимо в особое внимание уделить диетотерапии как важному элементу лечения СД 2. Диетические рекомендации должны быть основаны на принципах здорового питания и быть адаптированы к социально-экономическому статусу семьи [5].

Помимо консультирования по вопросам формирования пищевой культуры, медико-просветительская работа медицинской сестры должная включать регулярное обучение о вреде курения и последствиях злоупотребления алкоголем для лиц с сахарным диабетом в виде развития жировой болезни печени и тяжелых гипогликемий.

Опрос показал также, что, несмотря на то, что большинство респондентов считают физическую активность своих детей регулярной (30,8% занимаются физкультурой и спортом каждый день, 46,2% - несколько раз в неделю), более 20% фиксируют отсутствие физических нагрузок и интереса детей к ним.

Как показал опрос, семьи могут сталкиваться с отсутствием соответствующей спортивной инфраструктуры. Только половина опрошенных (53,8%) отмечает наличие развитой спортивной инфраструктуры в районе проживания, более 30% считают наличие зон физической активности недостаточным, а 15,4 % родителей сталкиваются с полным отсутствием площадок для спорта и отдыха.

Тем не менее, сестринскому персоналу необходимо убедить пациентов и их родителей в необходимости регулярных физических нагрузок, которые являются важной

частью лечения СД 2. Согласно клиническим рекомендациям, всем подросткам с данной патологией рекомендуется ежедневная физическая нагрузка продолжительностью не менее 60 минут. Необходимо сокращать время, проводимое за компьютером, просмотром телевизора, видеоиграми, до, максимум, 2 часов в день [5].

Заключение.

Исследование показало, что медико-просветительская деятельность среднего медицинского персонала в рамках профилактики СД 2 должна осуществляться с учетом влияния социально-экономических факторов на развитие заболевания. Включение в обучение детей и их семей юболее подробной информации о необходимости соблюдения рекомендаций по питанию, физической активности, отказу от вредных привычек помогает улучшить качество жизни и предотвратить развитие осложнений.

Список литературы.

1. Жигулина Т.А. и др. Сахарный диабет 2 типа: причины, симптомы и современные подходы к лечению / Т.А. Жигулина , Д. С. Куранов , К. В. Степанова // Биология и интегративная медицина. - 2025. - №SV (73). - [Электронный ресурс] — режим доступа: URL: https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-ii-tipa-prichiny-simptomy-i-sovremennye-podhody-k-lecheniyu (дата обращения: 12.09.2025).

2. Киру И., Цигос К., Маврогианни К. и др. Социально-демографические факторы риска и факторы, связанные с образом жизни, для выявления уязвимых групп при диабете 2-го типа: описательный обзор с акцентом на данные из Европы. BMC Endocr Disord 20 (Приложение 1), 134 (2020) https://doi.org/10.1186/s12902-019-0463-3

3. Коннова Т. В. и др. Роль средних медицинских работников в укреплении общественного здоровья /Т. В. Коннова , Ж. В. Баринова , Л. А. Лазарева // Известия Самарского научного центра - РАН. - 2015. - №5-3. - С.1038 — 1043.

4. Ресненко А. Б. Сахарный диабет 2-го типа у детей и подростков: от патогенеза к лечению / А.Б. Ресненко // ПФ. 2011. №4. - С.125 — 129.

5. Сахарный диабет 2 типа у детей // Рубрикатор клинических рекомендаций - [Электронный ресурс] — режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/622_5?ysclid=mh5u6imwg205837251 (дата обращения: 12.09.2025)

6. Сизова О. А. и др. Современные рекомендации по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа у детей / О. А. Сизова , Н. В. Лагунова , Е. И. Кунцевич , Н. А. Ревенко , А. Ю. Марчукова // Крымский терапевтический журнал. 2022. №3 — С.42-46

7. Эффективный сестринский уход и контроль за пациентами с сахарным диабетом // ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» - [Электронный ресурс] — режим доступа URL: https://www.phag-rostov.ru/articles/sestrinskij-uhod-za-patsientami-s-saharnym-diabetom/ (дата обращения: 14.09.2025)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СТОИМОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Власова Н.А., Елисеева Е.В., Апанасевич В.И., Старцев С.С.
ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России

Целью исследования является оценка применения различных схем медикаментозного лечения гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) с позиций фармакоэкономики.

Материал и методы. Проведено изучение трёх стратегий лечения поздних стадий ГЦК, когда применялись одна, две и три последовательные линии медикаментозной

терапии с расчетом показателя «затраты – эффективность» (Cost-Effectveness Ratio, CER) и инкрементального показателя «затраты – эффективность» (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER). Кроме того, выполнено их сравнение показателя ICER с референтным значением порога готовности платить (ПГП). В исследование было включено 53 пациента с нерезектабельными формами ГЦК, из которых 37, 13 и 3 получали, соответственно, 1, 2 и 3 линии медикаментозной терапии.

Результаты. Наименьшие затраты на один год жизни наблюдались при использовании одной линии терапии, однако добавление второй линии обеспечивало дополнительный терапевтический эффект при сохранении ICER в пределах референтного значения ПГП. Таким образом, стратегия применения двух линий терапии представляется наилучшей с экономической точки зрения. Введение третьей линии лечения сопровождается снижением эффективности, ростом стоимости одного года жизни, а также превышением ПГП, что делает эту стратегию неэффективной с позиций фармакоэкономики здравоохранения.

Заключение. Полученные результаты подтверждают необходимость ограничения третьей линии терапии случаями с обоснованным клиническим прогнозом. Наиболее рациональным представляется использование двух линий терапии, что обеспечивает оптимальное соотношение эффективности и затрат. Результаты могут быть использованы при планировании финансирования и схем медикаментозного лечения пациентов с ГЦК в отечественной системе здравоохранения.

Список литературы.

1. Park J.W., Chen M., Colombo M., Roberts L.R., Schwartz M., Chen P.J., Kudo M., Johnson P., Wagner S., Orsini L.S., Sherman M. Global patterns of hepatocellular carcinoma management from diagnosis to death: the BRIDGE Study. Liver International. 2015;35(9):2155-66. doi: 10.1111/liv.12818

2. Wang L., Peng Y., Qin S., Wan X., Zeng X., Li S., Liu Q., Tan C. First-line systemic treatment strategies for unresectable hepatocellular carcinoma: A cost-effectiveness analysis. PLoS One. 2023;18(4):e0279786. doi: 10.1371/journal.pone.0279786

3. Llovet J.M., Ricci S., Mazzaferro V., Hilgard P., Gane E., Blanc J.F., de Oliveira A.C., Santoro A., Raoul J.L., Forner A., Schwartz M., Porta C., Zeuzem S., Bolondi L., Greten T.F., Galle P.R., Seitz J.F., Borbath I., Häussinger D., Giannaris T., Shan M., Moscovici M., Voliotis D., Bruix J.; SHARP Investigators Study Group. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. New England Journal of Medicine. 2008;359(4):378-90. doi: 10.1056/NEJMoa0708857

4. Cainap C., Qin S., Huang W.T., Chung I.J., Pan H., Cheng Y., Kudo M., Kang Y.K., Chen P.J., Toh H.C., Gorbunova V., Eskens F.A., Qian J., McKee M.D., Ricker J.L., Carlson D.M., El-Nowiem S. Linifanib versus Sorafenib in patients with advanced hepatocellular carcinoma: results of a randomized phase III trial. Journal of Clinical Oncology. 2015;33(2):172-9. doi: 10.1200/JCO.2013.54.3298

5. Zhu A.X., Rosmorduc O., Evans T.R., Ross P.J., Santoro A., Carrilho F.J., Bruix J., Qin S., Thuluvath P.J., Llovet J.M., Leberre M.A., Jensen M., Meinhardt G., Kang Y.K. SEARCH: a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sorafenib plus erlotinib in patients with advanced hepatocellular carcinoma. Journal of Clinical Oncology. 2015;33(6):559-66. doi: 10.1200/JCO.2013.53.7746

6. Connell L.C., Harding J.J., Abou-Alfa G.K. Advanced hepatocellular cancer: the current state of future research. Current Treatment Options in Oncology. 2016;17(8):43. doi: 10.1007/s11864-016-0415-3

7. Bruix J., Qin S., Merle P., Granito A., Huang Y.H., Bodoky G., Pracht M., Yokosuka O., Rosmorduc O., Breder V., Gerolami R., Masi G., Ross P.J., Song T., Bronowicki J.P., Ollivier-Hourmand I., Kudo M., Cheng A.L., Llovet J.M., Finn R.S., LeBerre M.A., Baumhauer A., Meinhardt G., Han G.; RESORCE Investigators. Regorafenib for patients with

hepatocellular carcinoma who progressed on sorafenib treatment (RESORCE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2017;389(10064):56-66. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32453-9

8. Kudo M., Finn R.S., Qin S., Han K.H., Ikeda K., Piscaglia F., Baron A., Park J.W., Han G., Jassem J., Blanc J.F., Vogel A., Komov D., Evans T.J., Lopez C., Dutcus C., Guo M., Saito K., Kraljevic S., Tamai T., Ren M., Cheng A.L. Lenvatinib versus sorafenib in first-line treatment of patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised phase 3 non-inferiority trial. Lancet. 2018;391(10126):1163-1173. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30207-1

9. Abou-Alfa G.K., Meyer T., Cheng A.L., El-Khoueiry A.B., Rimassa L., Ryoo B.Y., Cicin I., Merle P., Chen Y., Park J.W., Blanc J.F., Bolondi L., Klümpen H.J., Chan S.L., Zagonel V., Pressiani T., Ryu M.H., Venook A.P., Hessel C., Borgman-Hagey A.E., Schwab G., Kelley R.K. Cabozantinib in patients with advanced and progressing hepatocellular carcinoma. New England Journal of Medicine. 2018;379(1):54-63. doi: 10.1056/NEJMoa1717002

10. Zhu A.X., Finn R.S., Edeline J., Cattan S., Ogasawara S., Palmer D., Verslype C., Zagonel V., Fartoux L., Vogel A., Sarker D., Verset G., Chan S.L., Knox J., Daniele B., Webber A.L., Ebbinghaus S.W., Ma J., Siegel A.B., Cheng A.L., Kudo M.; KEYNOTE-224 investigators. Pembrolizumab in patients with advanced hepatocellular carcinoma previously treated with sorafenib (KEYNOTE-224): a non-randomised, open-label phase 2 trial. Lancet Oncology. 2018;19(7):940-952. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30351-6

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Воробьев А.В., Воропинова О.А.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Инвалидность - это социальное явление, избежать которого не может ни одно общество в мире, она является одной из важнейших медико-социальных проблем. Тема инвалидности актуальна в современном обществе из-за большой численности людей с ограниченными возможностями здоровья и проблем, с которыми они сталкиваются в различных сферах. Цель исследования – провести анализ инвалидности в Ставропольском крае, выделив основные проблемы и наметив пути их решения.

Материал и методы. Основной базой исследования являются данные Минздрава СК и СФР. Методы исследования включают: сравнение, анализ, конкретизация и абстрагирование, гипотетический методы.

Результаты и обсуждение. Инвалидность - это стойкое нарушение здоровья со значительными ограничениями жизнедеятельности, требующее социальной защиты и помощи. Это сложное, многогранное понятие, которое включает в себя три основных аспекта: нарушение здоровья, ограничение деятельности, потребность в мерах социальной защиты.

Современный подход рассматривает инвалидность как результат взаимодействия между особенностями человека (его нарушениями) и барьерами в окружающей среде (физическими, информационными, отношенческими). [2]

В России по результатам медико-социальной экспертизы (МСЭ) устанавливается одна из трех групп инвалидности, отражающая степень тяжести нарушений. I группа инвалидности - самая тяжелая (устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи)). II группа инвалидности устанавливается лицам с выраженными нарушениями функций организма, которые не нуждаются в постоянном постороннем уходе, но

являются полностью нетрудоспособными или трудоспособными только в специально созданных условиях. III группа инвалидности устанавливается лицам со стойкими, но умеренно выраженными нарушениями, которые приводят к ограничению способности к трудовой деятельности или другим сферам жизни. [1]

Проведенный анализ показал, что общее число инвалидов в Ставропольском крае за 6 лет устойчиво сокращался с 228 634 чел. в 2018 г. до 210 724 чел. в 2023 г., т.е. на 7,8%.[4] Это положительная динамика, связанная с улучшением системы здравоохранения, профилактикой заболеваний, а также реформированием системы медико-социальной экспертизы.

Динамика в разных группах инвалидности сильно различается. По инвалидности 1 группы наблюдается относительная стабильность с незначительным снижением. Изменение за период с 2018 по 2023 гг. произошло на 4,4%. [4] Т.е. численность людей с наиболее тяжелыми формами инвалидности меняется несущественно. На эту группу меньше влияют административные изменения, а состояние здоровья ее представителей является стабильно тяжелым. По инвалидности 2 группы наблюдается значительное и устойчивое сокращение - на 22 210 чел. или 19,2%. [4] Сокращение этой группы вносит основной вклад в уменьшение общего числа инвалидов. Это связано с изменениями в критериях установления инвалидности (ужесточение критериев для 2-й группы); переосвидетельствованием (перевод в 3 группу или снятие с учета); смертностью. [1] Спад в 2023 г. может указывать на начало новой тенденции, возможно, связанной с дальнейшими изменениями в законодательстве или с последствиями пандемии COVID-19 для трудоспособного населения (к которому часто относится 3-я группа).

Значительный рост до 2022 г. прослеживается по детям-инвалидам, с небольшим снижением в 2023 г. За анализируемые 6 лет рост составил 23,5% или 2 589 чел. Это тревожная тенденция. Такой рост может быть обусловлен: улучшением диагностики; пересмотром перечня заболеваний, дающих право на инвалидность у детей; ухудшением здоровья детского населения.

На динамику статистики, особенно на резкое сокращение 2-й группы и рост 3-й, с высокой вероятностью повлияли административно-правовые изменения (новые приказы Минтруда, классификации и критерии МСЭ).

Общее снижение численности инвалидов может косвенно свидетельствовать об успехах в интеграции людей с ограниченными возможностями в общество и на рынок труда (особенно касается 3-й группы инвалидов).

Таким образом, за внешне позитивной картиной общего снижения числа инвалидов скрываются сложные и разнонаправленные процессы, требующие более детального изучения причин, особенно в части, касающейся детей и перераспределения между 2-й и 3-й взрослыми группами.

На основе анализа статистики Ставропольского края можно выявить системные проблемы в сфере инвалидности:

1. Рост численности детей-инвалидов, что создает растущую нагрузку на систему здравоохранения, образования и социальной защиты. Последствия: недостаточность ресурсов для ранней помощи и реабилитации; возрастающая нагрузка на семьи, воспитывающие детей-инвалидов; риск социальной изоляции и недостаточной подготовки к самостоятельной жизни.

2. Сокращение инвалидов 2-й группы и рост 3-й группы - признак административного перераспределения. Последствия: люди, нуждающиеся в серьезной поддержке, могут быть переведены в группу с меньшим размером пенсии и объемом льгот; риск социальной незащищенности (дискриминация на рынке труда, отсутствие адекватной государственной поддержки).

3. Стабильно высокое число людей с тяжелыми формами инвалидности (1-я группа). Последствия: высокая нагрузка на систему социального обслуживания; эмоциональное и

физическое выгорание родственников, осуществляющих уход; недостаток учреждений постоянного или дневного пребывания.

4. Социальная и трудовая изоляция. Последствия: безработица среди инвалидов 3-й группы; недоступная среда, ограничение мобильности; стигматизация.

Решение указанных проблем должно быть комплексным.

В отношении детей-инвалидов:

1. Развитие системы ранней помощи. Создание междисциплинарных центров, где врачи и психологи комплексно помогают ребенку и семье.

2. Внедрение инклюзивного образования. Не просто формальное присутствие в школе, а создание условий (подготовка педагогов, тьюторов, адаптивных программ).

3. Поддержка родителей. Психологическая помощь, группы взаимопомощи, обучение методам реабилитации и развития.

4. Постинтернатное сопровождение. Программы по подготовке к самостоятельной жизни, профессиональной ориентации и трудоустройству для молодых людей с инвалидностью.

В отношении реформирования МСЭ:

1. Повышение прозрачности МСЭ. Четкие, понятные и общедоступные критерии установления инвалидности.

2. Ориентация на реабилитационный потенциал. Смещение фокуса с констатации инвалидности на разработку индивидуальной программы реабилитации и абилитации.

3. Независимая экспертиза. Возможность получения альтернативного заключения в спорных случаях.

В отношении людей с тяжелыми формами инвалидности:

1. Государственная поддержка и субсидирование услуг по уходу на дому.

2. Создание системы временного размещения инвалидов в специализированных учреждениях, чтобы дать отдых их родственникам.

3. Создание квартир и малых групповых домов, где люди с инвалидностью могут жить максимально самостоятельно при поддержке социальных работников.

В отношении социальной и трудовой интеграции:

1. Стимулирование работодателей. Не только квоты, но и реальные налоговые льготы, гранты на создание адаптированных рабочих мест.

2. Развитие программ сопровождаемого трудоустройства. Трудоустройство при поддержке куратора, который помогает адаптироваться на новом месте.

3. Создание доступной среды. Комплексное создание безбарьерной среды, включая транспорт, парки, учреждения и информационные технологии.

4. Медиа-кампании, направленные на разрушение стереотипов и формирование в обществе образа инвалида как полноценного и равноправного его члена.

Заключение. Проблема инвалидности - это, в первую очередь, проблема прав и возможностей человека. Успешная политика должна быть нацелена на реабилитацию, интеграцию и создание условий для полноценной жизни, а не на административное регулирование численности инвалидов.

Несмотря на общую положительную тенденцию к снижению общего числа инвалидов в крае, ключевой особенностью динамики является структурный сдвиг: резкое сокращение численности инвалидов 2-й группы, рост числа инвалидов 3-й группы, значительное увеличение детей-инвалидов. На статистику сильно влияют не только медицинские, но и административно-правовые факторы, такие как реформирование критериев медико-социальной экспертизы.

Основные проблемы, определенные в результате анализа, включают: растущую нагрузку на социальную инфраструктуру; риск социальной незащищенности граждан в связи с возможным перераспределением по группам инвалидности; стабильно высокую

потребность в ресурсах для поддержки людей с инвалидностью; сохраняющиеся барьеры социальной и трудовой интеграции.

Пути решения этих проблем носят комплексный характер и должны быть направлены не на манипулирование статистикой, а на качественное улучшение жизни людей. Среди них - развитие системы ранней помощи и инклюзивного образования для детей, реформа МСЭ с фокусом на реабилитационный потенциал, развитие услуг патронажного ухода и сопровождаемого проживания, реализация последовательной политики по созданию безбарьерной среды и стимулированию трудоустройства.

Проблема инвалидности является многогранной социально-экономической и гуманитарной задачей. Людям с инвалидностью должно быть обеспечено достойное и полноценное место в обществе.

Список литературы.

1. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс]. – URL: https://csr-spb.ru/o-klassifikaciyax-i-kriteriyax-ispolzuemyx-pri-osushhestvlenii-mediko-socialnoj-ekspertizy-grazhdan-federalnymi-gosudarstvennymi-uchrezhdeniyami-mediko-socialnoj-ekspertizy/ (дата обращения: 12.10.2025).

2. Агранович Н.В., Кнышова С.А., Бабашева Г.Г., Александрова О.А., Бабенко Д.В., Карагодина В.В. Структура инвалидности городского населения [Электронный ресурс]. – URL: https://lib.medvestnik.ru/articles/STRUKTURA-INVALIDNOSTI-GORODSKOGO-NASELENIYa.html (дата обращения: 10.10.2025).

3. Всемирная программа действий в отношении инвалидов, принятая резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 года[Электронный ресурс]. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prog2.shtml (дата обращения: 06.10.2025).

4. Сведения о численности инвалидов по группам инвалидности по субъектам Российской Федерации [Электронный ресурс]. – URL:https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsfr.gov.ru%2Ffiles%2Fid%2Fstatistics%2F2022%2F75-04-3-1-20220304.xls%3Fysclid%3Dmg2e183bj177288954&wdOrigin=BROWSELINK(дата обращения: 08.10.2025).

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Гаппоева А.Р., Воропинова О.А.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Научные исследования в медицине играют ключевую роль в развитии здравоохранения и улучшении качества жизни. Современное здравоохранение находится на этапе стремительного роста, это обусловлено прогрессом в науке и технологиях. Непрерывный поиск новых знаний и инновационных подходов позволяет не только повышать качество медицинской помощи, но и кардинально менять методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Научные исследования помогают выявлять факторы риска и позволять разрабатывать меры по профилактике различных

заболеваний, что, в свою очередь, снижает заболеваемость и смертность. Цель исследования – систематизация современных научных исследований в здравоохранении.

Материалы и методы. Методы исследования: сравнительный анализ, экспертная оценка, синтез, агрегирование, моделирование. Материал сформирован из результатов научных публикаций, аналитических отчетов, данных клинических исследований и реестров.

Результаты и обсуждения. Можно выделить следующие основные современные направления научных исследований в здравоохранении:

1. Фундаментальная медицина, основные векторы в её исследовании направлены на изучение биологических и естественных наук для применения в медицине, включая методы и подходы к лечению, пример, исследование рака и диабета.

2. Направление, включающее разработку новых методов лечения, изучение болезней и их терапию (клиническая медицина).

3. Науки о здоровье и профилактическая медицина, предусматривающие, исследования в области общественного здравоохранения, медико-профилактического дела и эпидемиологии для улучшения здоровья населения.

4. Фармация, разработка безопасных лекарственных средств, их производство и оценка фармацевтического рынка (вакцина (спутник V) от ковида- 19, которую произвели в нашей стране и одобрили более 66 стран).

5. Сестринское дело: исследования, направленные на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и психосоциальную помощь.

6. Медицина труда и промышленная экология, включает разработку научных основ и гигиенических нормативов для защиты здоровья работающего населения.

7. Развитие медицинских технологий. Применение нано-, био-, инфо- и когно-технологий (НИКБ-технологий) в медицине (протезирование отдельных частей конечностей и пр.).

Особое внимание уделяется разработкам в онкологии: новым подходам для профилактики, диагностики, лечения и мониторинга онкологических заболеваний (вакцинация, регулярные скрининги); исследованиям биохимических, молекулярных и иммунологических факторов, позволяющих оценивать риск возникновения и особенности течения опухолей; разработкам и внедрению высокотехнологических методов, основанных на последних достижениях науки, а также комплексному использованию новых и стандартных методов терапии злокачественных новообразований; изучению и внедрению новых препаратов и методов, улучшающих переносимость противоопухолевого лечения и снижающих его токсичность и повышающих качество жизни онкологических больных. Так, врачи Центра имени Н.А. Семашко начали выполнять операции по удалению опухолей в кишечнике без разрезов единым блоком, что важно для гистологического анализа и последующего лечения, снижения травматичности вмешательства, быстрого восстановления пациентов. Новое направление стало ещё одним шагом в развитии нашей страны, в высокотехнологичной и щадящей хирургии. Также разработана новая вакцина от некоторых видов рака, которая сейчас проходит апробацию на добровольцах и уже показывает положительные результаты.

В результате исследования были определены основные проблемы, характерные для современных научных исследований в здравоохранении: ограниченное финансирование и рост затрат; длительность сроков испытаний; сокращение доли международного сотрудничества; недостаточная правовая и материально- техническая база для проведения

исследований; устаревание оборудования, проблемы с техобслуживанием, обновлением, сервисной поддержкой и калибровкой медтехники; экономическое давление за счет ценообразования на новые лекарства и технологии; создание новых рисков от изменения климата, урбанизации, миграции; снижение доступности лекарств; рост профессиональных заболеваний и поражений у населения; недостаток квалифицированных кадров, занимающихся наукой. Для решения вышеописанных проблем необходимо: увеличить финансирование отрасли, которое позволит сократить этапы от внедрения инноваций до практического применения в медицине; сократить сроки разработки и внедрения новых технологий; повысить уровень подготовки медицинских кадров; создать условия для эффективного внедрения в медицинскую практику результатов научно-технической деятельности.

Были также определены перспективы дальнейшего развития: искусственный интеллект и машинное обучение (фундаментальная медицина); профилактика и общественное здоровье (скрининг, иммунизация (клиническая медицина)); технологии для ранней диагностики и мониторинга (wearables, сенсоры окружающей среды) - науки о здоровье и профилактическая медицина; персонализированная фармакотерапия и фармакогенетика (таргетная терапия, оптимизация доз, 3D- печать лекарств); непрерывный мониторинг параметров воздуха и физиологии, предиктивная аналитика.

Заключение (выводы). Развитие отдельных направлений медицины и исследований позитивно сказывается на развитии медицины и здравоохранении в целом и дает соответствующий результат. Возможности для развития науки в здравоохранении видятся в: возможности применения цифровых технологий и искусственного интеллекта (ИИ), создании быстрых диагностик; применении новых организационных подходов, системного подхода, росте финансирования. Рост интереса к ИИ обусловлен сразу несколькими трендами: наличие мощных графических процессоров и рост вычислительной мощности современных компьютеров, развитие облачных вычислений, взрывной рост больших данных. ИИ начал помогать врачам при выявлении диагнозов и болезней. Но в нашей стране в отличии от стран Запада (США, Канада, Австралия), врач пока остается главным и единственным специалистом, принимающим окончательные решения по диагностике и лечению. Современные научные исследования в здравоохранении охватывают широкий спектр направлений, и многие из них тесно переплетаются. Научные исследования поднимают важные этические вопросы, связанные с использованием новых технологий, генетическим редактированием и другими достижениями медицины. Научный прогресс должен быть доступен всем, что требует разработки стратегий по обеспечению справедливого доступа к новым методам диагностики и лечения.

Список литературы.

1. Шевченко Ю.Л., Свет В.А. Проблемы и перспективы внедрения результатов научных исследований в практическое здравоохранение России // Экономика здравоохранения. – 2023. - № 5(78). – С. 23-34.

2. Сидоров В.К., Козлова Л.М. Искусственный интеллект в диагностике онкологических заболеваний: обзор современных возможностей и вызовов // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2022. - № 77(4). – С. 321-330.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гутенева Г.В., Киселёва И.Н.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность заключается в том, что развитие высокотехнологичной медицинской помощи, оснащение качественным оборудованием медицинских организаций, открытие новых диагностических центров, клиник и т.д. является неотъемлемой частью современной медицины.

Однако, при всей своей эффективности, система оказания ВМП нуждается в серьезном и постоянном совершенствовании.

Основной проблемой высокотехнологичной медицинской помощи является низкая доступность для населения и недостатки в ее планировании и финансировании при внедрении в медицинские организации.

В последние десятилетия высокие технологии стали неотъемлемой частью медицины, значительно изменив подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний. Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) в медицинские организации представляет собой важный шаг к повышению качества медицинских услуг и улучшению здоровья населения. В условиях стремительного научно-технического прогресса, вызванного развитием информационных технологий, робототехники и биомедицинской инженерии, медицинские учреждения сталкиваются с необходимостью интеграции инновационных решений в свою практику.

В данной статье мы рассмотрим ключевые аспекты внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинские организации, включая анализ существующих технологий, оценку их влияния на качество обслуживания, а также выявление основных барьеров и возможностей для дальнейшего развития.

Целью написания статьи является выявление проблем и особенностей внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, а также выполнение поставленных задач:

- изучение уровня технического обеспечения медицинских организаций;
- выявление главных характеристик высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях и потенциала внедрения;
- выявление основных недостатков в планировании, эффективности и финансировании высокотехнологичной медицинской помощи;
- определения шансов улучшения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях в целом и ускорения её внедрения.

Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинские организации требует комплексного подхода и учета ряда особенностей. Вот некоторые ключевые аспекты:

1. Клинические протоколы и стандарты: Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях требует разработки и соблюдения клинических протоколов, основанных на современных научных данных. Это необходимо для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

2. Кадровое обеспечение: Специалисты, работающие с высокими технологиями, должны иметь соответствующую квалификацию и проходить регулярное обучение. Это включает в себя как врачей, так и технический персонал.

3. Техническое оснащение: Необходимо обеспечить наличие современного оборудования и технологий. Это может требовать значительных финансовых вложений и планирования бюджета.

4. Информационные технологии: Внедрение электронных медицинских записей и систем управления данными необходимо для эффективного управления пациентами и обеспечения доступа к информации.

5. Финансирование: высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях часто требует дополнительных финансовых ресурсов [2].

В РФ в 2018-2020 г. общие расходы на здравоохранение составили 5,1 трлн руб., из них государственные расходы - 65% (3,32 трлн руб.), частные (личные расходы граждан и ДМС) - 35% (1,79 трлн руб.). В «новых» странах ЕС доля личных расходов ниже и составляет 27% [2].

Необходимо рассмотреть возможные источники финансирования, включая государственные программы, частные инвестиции и страховые компании. Финансирование высоких технологий в медицине в России осуществляется через несколько основных механизмов. Вот основные источники и аспекты финансирования:

Обязательное медицинское страхование (ОМС).

• Покрытие услуг: Некоторые высокие технологии, такие как определенные диагностические процедуры и лечение с использованием новых методов, могут быть частично покрыты системой ОМС. Это зависит от включения конкретных технологий в перечень услуг, которые финансируются за счет ОМС.

• Регулирование: Для того чтобы новая технология была включена в систему ОМС, необходимо пройти процедуру оценки и доказать её эффективность и безопасность.

Государственные программы

• Национальные проекты: в рамках национальных проектов, таких как «Здравоохранение», предусмотрены финансирование и поддержка внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях. Эти программы могут включать как федеральное, так и региональное финансирование.

• Гранты и субсидии: Государственные органы могут выделять гранты на исследования и разработки в области высоких медицинских технологий.

Частные инвестиции

• Инвестиции от частных компаний: Увеличивается интерес со стороны частных инвесторов и венчурных фондов к медицинским стартапам и инновационным проектам. Это может включать финансирование разработки новых медицинских устройств, программного обеспечения и технологий.

• Партнёрства с промышленностью: Сотрудничество между медицинскими учреждениями и частными компаниями для разработки и внедрения новых технологий.

Научные исследования и разработки.

• Финансирование научных исследований: Исследовательские институты и университеты могут получать финансирование от государства или частных фондов для разработки новых технологий в медицине.

• Совместные проекты: Возможны совместные проекты между государственными учреждениями и частными компаниями для реализации инновационных решений.

Международное сотрудничество.

• Гранты от международных организаций: Российские исследовательские группы могут участвовать в международных проектах и получать финансирование от зарубежных организаций.

Импорт технологий: Закупка зарубежных технологий может быть частью стратегии развития ВТМП, хотя это требует значительных финансовых вложений.

Региональные инициативы

• Региональное финансирование: На уровне субъектов Российской Федерации могут быть разработаны собственные программы по поддержке ВТМП, которые включают финансирование на уровне местных бюджетов.

Проблемы и вызовы

Несмотря на наличие различных источников финансирования, существует ряд проблем:

• Неравномерность распределения средств: Финансирование может быть сосредоточено в крупных городах, что затрудняет доступ к современным технологиям в отдаленных регионах.

• Бюрократические барьеры: Процессы получения финансирования могут быть сложными и длительными.

• Недостаток информации: Многие медицинские учреждения не имеют полной информации о доступных источниках финансирования [4].

Таким образом, система финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях в России является многогранной и требует дальнейшего развития для повышения доступности и эффективности высоких медицинских технологий.

Вернемся к изучению ряда особенностей внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях:

6. Сотрудничество с научными учреждениями: Партнерство с научными центрами и университетами может способствовать внедрению инновационных технологий и обеспечению доступа к последним исследованиям.

7. Оценка эффективности: Необходимо проводить регулярные оценки эффективности внедренных технологий, включая анализ результатов лечения, удовлетворенности пациентов и экономической целесообразности.

8. Этика и правовые аспекты: Важно учитывать этические и правовые вопросы, связанные с использованием новых технологий, особенно в отношении конфиденциальности данных пациентов и согласия на лечение.

9. Обратная связь от пациентов: Важно учитывать мнения и отзывы пациентов о высокотехнологичной помощи, что может помочь в дальнейшем улучшении качества услуг [5].

Эти аспекты требуют внимательного планирования и координации для успешного внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях.

С учетом вышеизложенных факторов можно сделать вывод, что шансы на улучшение и ускорение внедрения ВМП в России достаточно высоки, однако они зависят от комплексного подхода со стороны государства, бизнеса и медицинского сообщества. Основные вызовы связаны с необходимостью значительных инвестиций, обновления инфраструктуры и повышения квалификации кадров.

Если эти аспекты будут учтены и реализованы, можно ожидать положительные изменения в сфере высоких медицинских технологий в России в ближайшие годы.

В ходе проведенного анализа литературы по теме «Особенности внедрения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях» были достигнуты поставленные цели и задачи, что позволило глубже понять текущие реалии и перспективы данной области.

Исследование уровня технического обеспечения медицинских организаций показало, что существующие ресурсы зачастую не соответствуют современным требованиям, что существенно ограничивает возможности для внедрения высоких технологий. Выявленные главные характеристики высокотехнологичной медицинской помощи, такие как сложность, стоимость и необходимость квалифицированного персонала, подчеркивают важность комплексного подхода к ее внедрению.

В процессе анализа также стали очевидны основные недостатки в планировании, эффективности и финансировании ВМП, которые включают недостаточную координацию между различными уровнями здравоохранения, нехватку финансирования и неэффективное распределение ресурсов.

Эти факторы значительно затрудняют реализацию высокотехнологичных решений и снижают общий уровень доступности медицинской помощи для населения. Тем не менее, были выявлены и шансы на улучшение ситуации: оптимизация процессов управления, повышение квалификации медицинского персонала и активное внедрение инновационных технологий могут стать ключевыми факторами для ускорения внедрения ВМП.

В заключение можно отметить, что для достижения значительных результатов в данной сфере необходимо не только совершенствование технической базы, но и создание условий для эффективного взаимодействия всех участников процесса, включая государственные органы, медицинские организации и научные учреждения. Таким образом, результаты исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к внедрению высокотехнологичной медицинской помощи, что в конечном итоге позволит повысить качество и доступность медицинских услуг для населения.

Список литературы.

1. Веселов, А. В. Высокотехнологичная медицинская помощь в условиях модернизации здравоохранения России: современное состояние и принципы оказания / А. В. Веселов, Н. Ю. Трифонова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2011. – № 3. – С. 5-7. – EDN SGETZR.

2. Кудряшова, Л. В. Финансовое обеспечение и оказание высокотехнологичной медицинской помощи включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования / Л. В. Кудряшова, С. Н. Черкасов, Л. В. Кондрашова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 3-4. – С. 38-47. – DOI 10.25742/NRIPH.2019.03.005. – EDN EQSNUB.

3. Лапина, Е. А. К вопросу об определении критериев отбора и получения высокотехнологичной медицинской помощи / Е. А. Лапина, А. В. Тенсина // Страховая медицина: правовые проблемы теории и практики в условиях пандемии : сборник научных статей, докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ижевск, 18 июня 2020 года.Ижевск: Ижевский институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)», 2020. – С. 46-49. – EDN NSMSCW.

4. Набережная, И. Б. Информированность врачей стационарного звена о высокотехнологичной помощи / И. Б. Набережная, Д. А. Захаров, У. Д. Захарова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – № 2-2(116). – С. 128-131. – DOI 10.23670/IRJ.2022.116.2.055. – EDN IBFWRH.

5. Набережная, И. Б. Региональный опыт предоставления высокотехнологичной медицинской помощи / И. Б. Набережная, Д. А. Захаров, Ж. Б. Набережная // Велес. – 2018. – № 1-1(55). – С. 15-20. – EDN YOJSBK.

6. Нестерова, А. В. Анализ практики предоставления бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи в России / А. В. Нестерова, И. И. Краснопольская // Медицина. – 2014. – Т. 2, № 2(6). – С. 19-43. – EDN SJXMHP.

7. Прилуков, М. Д. Актуальные вопросы контроля и надзора при осуществлении высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации / М. Д. Прилуков // Актуальные вопросы контроля и надзора в социально значимых сферах деятельности общества и государства : Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 300-летию образования прокуратуры России, Нижний Новгород, 02 июня 2022 года. – Нижний Новгород: КТ «Буки-Веди», 2023. – С. 471-477. – EDN QNGVZA.

8. Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации / Л. В. Абраменко, В. Н. Карташев, В. Б. Колядо [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016. – Т. 141, № 2. – С. 53-56. – EDN WVJJUX.

9. Рыбальченко, И. Е. Измерение объемов высокотехнологичной медицинской помощи / И. Е. Рыбальченко // Проблемы современной экономики. – 2011. – № 4(40). – С. 392-395. – EDN OWKNLJ.

10. Тигров, В. П. Проблемы внедрения высокотехнологичного оборудования в образовательный процесс на федеральном уровне / В. П. Тигров, А. И. Лычагин, А. Г. Гвоздева // Информационные технологии в процессе подготовки современного специалиста : Межвузовский сборник научных трудов. Том Выпуск 23. – Липецк : Липецкий государственный педагогический университет имени П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2019. – С. 205-209. – EDN LBZGMR.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Дьяченко О.В., Алексеева Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

На сегодняшний день перед системами здравоохранения многих государств стоит ряд сложных вопросов, включая, увеличение продолжительности жизни, снижение темпов старения населения и рост стоимости медицинской помощи. Одним из важнейших направлений можно считать ускоренное внедрение цифровых технологий во все сферы жизни, в том числе и в здравоохранение, что указывает на актуальность выбранной темы.

Цифровое преобразование медицинской отрасли затрагивает широкий спектр аспектов, таких как автоматизация операционных процессов, алгоритмов и протоколов лечения, внедрение электронного сбора данных о работе медицинских учреждений, клинических показателях пациентов и последующее применение статистических методов анализа, использование удобных онлайн и мобильных приложений, внедрение инструментов телемедицины и систем искусственного интеллекта. Применение информационных технологий повышает эффективность работы медицинского персонала и качество диагностики. В этой связи, повышение информатизации населения и цифровизация сферы здравоохранения является одной из приоритетных задач нашего государства.

Рассматривая данную тему важно иметь в виду, что создание современной и эффективной системы здравоохранения предполагает повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. В настоящее время для многих развитых государств, в том числе Российской Федерации, все больший интерес представляет внедрение процесса цифровизации в систему здравоохранения и технологизация всех процессов оказания медицинской помощи.

Предпосылками для цифрового преобразования системы здравоохранения явились научно-технические достижения в области медицины, молекулярной биологии, компьютерных технологий, что позволило разработать и внедрить новые эффективные методы диагностики и лечения различных заболеваний, а также повышение уровня общей информатизации и цифровой грамотности населения. Современный человек ориентирован на поддержание здорового образа жизни и как пациент активно участвует в сборе данных, касающихся его здоровья, ознакомлении с информационными ресурсами, сам выбирает лечащего врача и стратегию лечения.

В цифровой трансформации здравоохранения можно выделить несколько направлений: удаленный контроль за состоянием пациентов, системы искусственного интеллекта, телемедицину, портативные средства мониторинга собственного здоровья.

Удаленный контроль за состоянием пациентов базируется на электронных устройствах и методах беспроводного дистанционного мониторинга, позволяющих врачам отслеживать состояние пациентов в режиме онлайн. Таким образом, мониторинг представляет собой удобный инструмент качественного и безопасного наблюдения за пациентами.

Внедрение систем искусственного интеллекта (ИИ) в медицину имеет ряд направлений. Во-первых, помощь в проведении операционных процедур. Однако, на наш взгляд, внедрение систем ИИ все же не отменяет необходимости непосредственного контакта врача с пациентом, а применение роботизированной техники требует контроля со стороны квалифицированного медицинского персонала.

Телемедицина, или удаленное оказание медицинских услуг, является одной из быстро развивающихся высокотехнологичных областей здравоохранения.

К положительным аспектам телемедицины можно отнести упрощение организации визита к врачу, оказание помощи в отдаленных районах, районах с нехваткой медицинских кадров, а в условиях вспышек инфекционных заболеваний, снижение риска инфицирования как медицинских работников, так и пациентов. Анализируя сильные и слабые стороны телемедицины, Лебедев Г.С. с соавторами отмечает такую угрозу со стороны телемедицины, как «возможное отрицательное влияние телездравоохранение на непрерывность оказания помощи в связи с утверждением, что онлайн-взаимодействие безлично и опасно, поскольку виртуальный провайдер не имеет возможности получить полный анамнез и физическое обследование, чтобы помочь в диагностике и лечении» [1, с. 25].

Безусловно, очное общение с врачом более информативно в отношении сбора анамнеза, выяснения наследственной предрасположенности к данному заболеванию, оценки психоэмоционального состояния пациента.

Современные технологии не останавливаются на достигнутом уровне и в настоящее время ведется активная работа по разработке новых, более практичных и универсальных гаджетов. Безусловно, устройства, позволяющие следить за своим здоровьем в повседневной жизни, являются крайне удобными приспособлениями и способны качественно улучшить уровень жизни и здоровья человека.

Изученный нами материал позволил сделать вывод, что применение цифровых технологий в системе здравоохранения является важнейшим элементом для будущего успешного развития российского здравоохранения. Применение цифровых инструментов в медицине позволит повысить качество оказания медицинских услуг. Поэтому для максимальной реализации потенциала в сфере цифровизации здравоохранения в РФ важно продолжать привлекать инвестиции в развитие цифровых технологий, в разработку и внедрение новых ИИ-платформ, оснащать учреждения необходимым оборудованием и электронными устройствами.

Список литературы.

1. Лебедев, Г. С. Телемедицина и механизмы ее интеграции / Г. С. Лебедев, Н. Л. Шепетовская, В. А. Решетников // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2, № 2. – С. 21-27. URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47813739

2. Пугачев П.С. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения / П.С. Пугачев, А.В. Гусев, О.С. Кобякова [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2, № 2. – С. 5-12. URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=jadwxn

3. Яндиева М.С. Перспективы развития отрасли здравоохранения в условиях цифровизации экономики / М.С. Яндиева, С.Я. Шибилова // Общество и цивилизация. – 2023. – Т. 5, № 1. – С. 124-127. URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=zurxen

НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Заерко А.В., Воропинова О.А.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

В условиях глобальных вызовов последних лет здравоохранение стало сферой стратегического значения. Научные достижения не только трансформируют медицинскую практику, но и определяют конкурентоспособность национальных экономик. Цель исследования - выявить ключевые достижения мирового и российского здравоохранения с оценкой их практической значимости.

Материал и методы. Методы исследования: сравнительный, системный, статистический анализ, экспертная оценка, синтез. Материал сформирован из результатов научных публикаций, аналитических отчетов, данных клинических исследований и реестров.

Результаты и обсуждение. В современном мире происходит стремительная конвергенция научных открытий в клиническую практику. Последние научные достижения способствуют росту продолжительности и качества жизни. Основные направления научных достижений представлены направлениями:

1. Геномика и персонализированная медицина, предполагающие переход от унифицированных методов к персонализированному подходу, основанному на данных геномики, что позволяет осуществлять целенаправленное воздействие на ключевые патогенетические механизмы заболевания у конкретного пациента. [1]

2. Искусственный интеллект в медицине, позволяющий повысить точность и эффективность медицинской практики, ускорить разработки лекарственных средств, поддержать принятие решений. [7, 8]

3. Регенеративная медицина.

4. Цифровизация здравоохранения, позволяющая данным стать ключевым инструментом для принятия решений, развить телемедицину и удаленный мониторинг, осуществлять аналитику больших данных.

Развитие персонализированной медицины в России включает достижения:

- платформа мРНК-вакцин: консорциум ведущих институтов (им. Гамалеи, им. Герцена, им. Блохина) разрабатывает персонализированную противоопухолевую вакцину. Технология позволяет создать препарат, «обучающий» иммунную систему пациента распознавать его опухоль. Ожидается, что производственный цикл будет занимать около трех месяцев. Первыми терапию уже получают пациенты с меланомой и раком легких [3, 6];

- CAR-T-клеточные терапии: зарегистрирован первый отечественный препарат для лечения агрессивных видов рака крови. Метод заключается в генетической модификации собственных Т-лимфоцитов пациента для нацеливания на раковые клетки [2];

- протонная терапия: открытие новых центров (например, в Димитровграде) делает этот высокоточный метод лучевой терапии более доступным, что критически важно для лечения опухолей у детей и новообразований в сложных анатомических областях;

- биопринтинг и регенеративная медицина: российские ученые активно работают над 3D-печатью тканей (щитовидной железы, хрящей) и созданием сосудистых сетей [5];

- генетический паспорт здоровья: развитие услуг полногеномногосеквенирования позволяет перейти к предиктивной диагностике и составлению персональных планов профилактики.

Оценка результатов внедрения инноваций:

1. Качественная трансформация медицинской концепции: переход от реактивной модели к предиктивно-превентивно-персонализированной.

2. Повышение эффективности лечения онкологических заболеваний: появление возможности достижения ремиссии там, где традиционная терапия бессильна.

3. Экономическая эффективность и импортозамещение: создание отечественных биоаналогов и платформ снижает зависимость от импорта и делает высокотехнологичную помощь более доступной.

4. Снижение «технологического разрыва»: наличие центров протонной терапии, технологий биопринтинга и геномного секвенирования позволяет предоставлять помощь мирового стандарта.

5. Формирование новой научно-производственной экосистемы: синергия между научными институтами, частными компаниями и государственной поддержкой создает среду для генерации прорывных технологий.

Перспективными направлениями развития являются: биоэлектронная медицина (разработка имплантируемых устройств для нейромодуляции с целью лечения хронических заболеваний (диабет, артрит, гипертония) путем коррекции патологических нервных сигналов) [9]; тераностика в онкологии (объединение диагностики и терапии в единый процесс с помощью меченых радиоизотопами молекул, что создает высокоточный инструмент для борьбы с метастатическим раком); инженерия микробиома человека (целенаправленное изменение состава микробного сообщества организма для лечения не только желудочно-кишечных, но и аутоиммунных, психических и метаболических нарушений) [4]; нано- и микро-роботы для доставки лекарств (создание микроскопических устройств для прицельной доставки препаратов, что кардинально снизит побочные эффекты и повысит эффективность лечения); диагностика и лечение орфанных заболеваний (развитие неонатального скрининга и секвенирования для выявления ультраредких генетических патологий на доклинической стадии).

Проблемы внедрения научных достижений:

- технологические ограничения (сложности миниатюризации, энергообеспечения и долговечности имплантатов и микроустройств; трудности массового производства и управления);

- биологическая сложность (индивидуальная вариабельность организмов требует персонализированных подходов; недостаточная селективность методов несет риски для здоровых тканей);

- проблемы безопасности (непредсказуемость воздействия на сложные биосистемы (например, микробиом); риск неконтролируемых реакций);

- «терапевтический разрыв» (возможность диагностировать редкие болезни опережает возможность их лечения);

- высокая стоимость (колоссальные инвестиции в разработку и производство создают проблему доступности);

- нехватка кадров (дефицит междисциплинарных специалистов (врачи-исследователи, биоинформатики, инженеры-биомедики)).

Возможными путями решения указанных проблем могут быть: разработка новых материалов (самозалечивающихся, биодеградируемых и биосовместимых); использование альтернативных источников энергии (энергия тела, беспроводная зарядка); государственное финансирование и стимулирование частных инвестиций; создание междисциплинарных образовательных программ; концентрация ресурсов в специализированных центрах передового опыта.

Заключение. В последние годы произошла смена парадигмы в виде перехода от симптом-ориентированного лечения к комплексной модели, основанной на принципах предикции, профилактики и персонализации, что выражается в создании технологий, позволяющих прогнозировать риски заболеваний и назначать терапию с учетом индивидуальных особенностей пациента. Произошло формирование технологического суверенитета страны. Разработка отечественных платформ мРНК-вакцин, CAR-T-терапий и биоинженерных имплантатов демонстрирует способность российской науки создавать конкурентоспособные продукты в наиболее перспективных областях медицины, снижая зависимость от импортных технологий. Произошло смещение акцента на превентивный подход. Развитие генетического тестирования, телемедицинского мониторинга и предиктивной аналитики позволяет перенести фокус с лечения запущенных заболеваний на раннее выявление и предотвращение развития патологий. Отмечается расширение границ терапевтических возможностей. Появление новых классов терапий (клеточная, генная, радиофармакологическая) открывает новые возможности для лечения заболеваний. Представленные направления знаменуют переход медицины от лечения симптомов к прецизионному управлению фундаментальными биологическими процессами. Однако их развитие сдерживается комплексом технологических, биологических и экономических барьеров. Прорыв в медицине будущего зависит от успешного преодоления этих междисциплинарных вызовов на стыке инженерии, биологии и информатики, что требует консолидированных усилий науки, государства и бизнеса.

Список литературы.

1. Гинцбург А.Л., Ткачук В.А. и др. Стратегия развития персонализированной медицины в Российской Федерации: от геномики к клинической практике // Вестник РАМН. – 2024. – № 1. – С. 12-25.

2. Деев Р.В., Валуйский С.В., Базай А.В. Клинические аспекты применения CAR-T-клеточных терапий в гематологии: первые результаты российских исследований // Гематология и трансфузиология. – 2025. – Т. 70, № 2. – С. 78-90.

3. Заридзе А.Г., Каприн А.Д. Противоопухолевые мРНК-вакцины: от доклинических исследований к клиническому применению // Биомедицинская химия. – 2025. – Т. 71, № 1. – С. 23-34.

4. Инженерия микробиома: от фундаментальных исследований к клинической практике / Коллективная монография под ред. А.А. Ярилина. – СПб.: Эко-Вектор, 2024. – 304 с.

5. Миташов И.В., Шепелев А.Д. 3D-биопринтинг в регенеративной медицине: достижения и вызовы // Клеточные технологии в биологии и медицине. – 2024. – № 3. – С. 34-41.

6. Отчет о научно-исследовательской работе «Разработка персонализированной мРНК-вакцины для терапии меланомы» / НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, МНИОИ им. П.А. Герцена. – М., 2024. – 150 с.

7. Соколов Д.И., Потапов А.С. Искусственный интеллект в поддержке врачебных решений: анализ больших данных в онкологии // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – № 4 (72). – С. 112-125.

8. Тополь Э. Дж. Глубокая медицина: Как искусственный интеллект сможет вернуть в здравоохранение человечность / Пер. с англ. – М.: Бомбора, 2023. – 432 с.

9. Шевченко Ю.Л., Котелевцев С.В. Биоэлектронная медицина – новое направление в лечении хронических заболеваний // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2024. – № 2. – С. 101-110.

АНАЛИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА РОССИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Игнатова А.С., Алексеева Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Здоровье – это основной фактор для активной и нормальной жизнедеятельности человека. Но, к сожалению, в современных реалиях человек становится все больше и больше подвержен всяческим заболеваниям. Несмотря на всемирный научно-технический прогресс в сфере медицины, человек по сей день вынужден мигрировать в иную местность в связи с более благоприятными природно-географическими факторами или в погоне за оздоровлением с помощью самых технологичных методов с целью пройти наиболее качественное лечение.

Актуальность данной темы заключается в том, что на сегодняшний день медицинский туризм позиционирует себя, как самое приоритетное направление в области оздоровления населения с одновременным отдыхом.

Основной целью данного исследования было выбрано изучение роли медицинского туризма в оздоровлении населения и основных направлений его развития.

Методы исследования: обработка информации, сравнительно-сопоставительный анализ, синтез, количественная и качественная обработка полученных данных, наблюдение и обобщение, графический и табличный методы.

Основной фактор для полноценной и энергичной жизнедеятельности человека – это крепкое здоровье. В настоящее время процессы научно-технического развития идут быстрыми темпами. Взаимосвязанные факторы цифровизации, автоматизации и индустриализации несут и отрицательное влияние на психофизиологическое состояние человека.

Каждый из нас, во избежание пагубных последствий, хочет своевременно и качественно следить за состоянием своего здоровья, о чем упоминает Оборин М. С.: «Все большее количество людей стремится поддерживать здоровый образ жизни, вовремя обращаться за получением медицинских услуг, позволяющих не усугублять причины возникновения недомогания. В связи с растущей потребностью населения в сохранении и поддержании своего здоровья, увеличивается количество организаций по оказанию оздоровительных, лечебных и реабилитационных услуг. Как правило, такие организации функционируют в регионах с оптимальными климатическими и природными условиями, благоприятно влияющими на процесс восстановления организма» [3, с. 3].

Следует отметить, что термин «медицинский туризм» в научно-практическом обороте чаще всего заменялся термином «лечебный туризм», реже использовался термин «лечебно-оздоровительный туризм». Однако в последние годы именно медицинский туризм становится основной категорией в сфере профессионального общения и в обороте широкой общественности.

Таким образом, учитывая многогранность понятия медицинского туризма, в процессе анализа мы столкнулись с разносторонностью взглядов на данный термин.

Медицинский туризм существовал во все времена, но своё развитие, как полноценную отрасль в медицине или туризме, начал получать относительно недавно. «Сегодня можно констатировать, что медицинский туризм, бесспорно, является новым мировым трендом в современной медицине. Ее отличительной чертой в сложившийся ситуации является не только значительное увеличение численности транспортируемых пациентов, но и в специфики проблем, которые очень часто вызывают дискуссии на этот счёт» [2, с. 2-3].

Но несмотря на то, что Россия занимает неутешительные позиции в данном направлении, сфера медицинского туризма активно развивается всевозможными путями.

Особо стоит выделить законодательную часть в области медицинского туризма, которая задает большую перспективу развития медицинского туризма в России.

При попытках развития внутреннего медицинского туризма, стоит заострить внимание на том, что же движет гражданами в момент, когда они больше предпочитают зарубежный медицинский туризм отечественному.

«Поддержка медицинского туризма со стороны государства требует соответствующей визовой политики. В большинстве стран-лидеров в данной области действуют специальные медицинские визы. Например, они существуют в США, Германии, Франции, Испании, Швейцарии и других странах. Медицинская виза, по сравнению с туристической визой, облегчает и ускоряет процесс получения разрешения на въезд в данную страну. Обычно медицинская виза выдается в течение не более пяти дней, а в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства, за один день» [1, с. 133-137].

Подводя итоги отметим, что Российский внутренний рынок медицинского туризма находится в стадии формирования, и пока его объемы незначительны. В России действуют многофункциональные центры медицинского туризма, прежде всего, Москва, Санкт-Петербург и Кавказские Минеральные Воды; существуют узкоспециализированные медицинские центры мирового уровня. Платные медицинские услуги пользуются спросом, прежде всего, у граждан России. Основные направления развития российского медицинского туризма, имеющие международное значение: офтальмология, лечение опорно-двигательного аппарата, стоматология.

Список литературы.

1. Кириллов А.Н., Мальцев А.В., Балашова М.В. Международная практика организации медицинского туризма // Фундаментальные исследования. – 2018. – № 6. – С. 133-137; URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=42180.

2. Крестьянинова О. Г. Медицинский туризм: сущность и перспективы развития // ТТПС. 2019. №3 (49). С. 2,3 – URL : https:// cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-suschnost-i-perspektivy-razvitiya

3. Оборин М. С. Медицинский туризм как специальный вид услуг // Сервис в России и за рубежом. 2022. №1 (98). с. 3,4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-turizm-kak-spetsialnyy-vid-uslug

ЭКОНОМИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Козлов А.Р.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Сохранение здоровья населения является одним из главных приоритетов государственной политики. От состояния здоровья зависит качество жизни граждан, их трудовой потенциал, здоровье будущих поколений. Ситуация в области демографии и продолжительности жизни российского населения на сегодняшний день остается в не самом лучшем состоянии, кроме этого, пандемия дополнительно ее осложнила, увеличив убыль населения и нанеся его здоровью значительный ущерб. По этой причине значимость предоставления людям доступной и качественной медицинской помощи становится все более актуальной. Однако на состояние здоровья людей оказывают влияние не только внешние факторы, но и отношение их самих к своему здоровью, которое проявляется в образе жизни [2, с. 3].

Цель нашей работы заключается в том, чтобы изучить уровень состояния здоровья населения Российской Федерации и исследовать направления его сохранения.

Первоначально следует отметить, что состояние здоровья граждан является важным показателем для государства, так как от этого напрямую зависит количество трудоспособного населения страны, от которого в свою очередь зависит дальнейшее развитие любой отрасли народного хозяйства, таких как: легкая и тяжелая промышленность, сельское хозяйство и др.

Таким образом, одной из наиболее важных задач для государства является именно сохранение здоровья людей, населяющих данную территорию, потому что от этого будут зависеть многие экономические показатели страны и ее развитие в целом.

Наиболее распространенными являются болезни органов дыхания 27,1%, далее следуют болезни системы кровообращения 15,1%, заболевания органов чувств и нервной системы 10,4%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 7,4%, болезни органов пищеварения 6%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов 4,9%. Численность больных всеми заболеваниями в динамике растет ежегодно, при этом ее рост за 2 года составил 19 148,3 тыс. чел., что равнозначно 17,2%.

Следует отметить, что некоторые заболевания из данного перечня могут привести к временной нетрудоспособности, например: пищевые отравления, легкой тяжести переломы, какие-либо бронхиты, пневмонии, то есть человек после выздоровления может приступать к своей работе в полной мере. В то же время болезни, которые ведут к слепоте (глаукома, катаракта), глухоте, сильным психическим отклонениям (болезнь Альцгеймера, шизофрения), серьезным нарушениям в работе костно-мышечной системы могут привести к полной нетрудоспособности в целом, либо же ограничить деятельность человек лишь некоторыми профессиями.

Для поддержания и сохранения здоровья населения со стороны правительства вводятся различные государственные программы по урегулированию данного вопроса.

Необходимо отметить, что эта государственная программа затрагивает многие аспекты здравоохранения, в том числе: предоставление медицинской помощи всем возрастным группам населения, увеличение количества медицинских учреждений, международные отношения в сфере здоровья и информационных технологий. Следует заметить, что абсолютно каждая подпрограмма является значимой, поэтому нельзя пренебречь какой-либо одной из них, а, наоборот, необходимо развивать и совершенствовать каждую подпрограмму.

Кроме программы «Развитие здравоохранения», также существует ряд национальных проектов, которые тоже разработаны для сохранения здоровья и численности населения страны. В их число входят такие национальные проекты, как «Здравоохранение» и «Демография».

С целью изучения уровня состояния своего здоровья различными возрастными группами трудоспособного населения нами был проведен онлайн опрос. В данном опросе приняли участие 160 человек, включая (70 чел. в возрасте 18-30 лет, 30 чел. - 30-40 лет, 30 чел. - 40-60 лет и 30 чел. старше 60).

В ходе анализа данных, полученных в результате анкетирования трудоспособного населения, выяснилось, что большинство опрошенных вне зависимости от их возраста оценивают состояние своего здоровья положительно, так как количество человек, ответивших на вопрос «Хорошо» и «Отлично», составляет 93 или 58,13%. Таким образом, больше половины респондентов считают себя относительно здоровыми. В то же время число людей, ответивших «Плохо» и «Удовлетворительно» достигает 67 чел. или 41,88%. Данная информация указывает на то, довольно большое количество опрошенных все же считает себя не достаточно здоровыми, оценивая состояние своего здоровья отрицательно.

Среди основных направлений сохранения здоровья трудоспособного населения в России следует выделить:

• Совершенствование первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю профпатология, как важнейшему элементу первичной МСП в целом.

• Разработка риск-ориентированной системы гигиенического нормирования производственных факторов.

• Научное обоснование и разработка моделей оценки риска формирования профессиональной и профессионально обусловленной патологии в условиях комбинированного и сочетанного воздействия факторов производственной среды.

• Реализация комплексных мер по оценке и управлению риском для здоровья работающего населения в ведущих отраслях экономики на основе совершенствования персонифицированной системы мониторинга вредных производственных факторов и состояния здоровья.

• Повышение качества проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров, их гармонизация с профилактическими осмотрами и диспансеризацией на основе единых медико-экономических стандартов.

• Совершенствование мероприятий по оказанию профпатологической помощи, внедрение клинических рекомендаций и современных медицинских информационных технологий в диагностике и лечении основных профессиональных заболеваний.

• Обоснование современных подходов, объективных методик и критериев врачебно-экспертной оценки профпригодности и связи заболеваний с профессией, широкое использование возможностей телемедицины в решении сложных экспертных вопросов в отдаленных регионах России.

• Научное обоснование и внедрение инновационных технологий в медицине труда [1, с. 532].

Список литературы.

1. Бухтияров И.В., Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России. Мед. труда и пром. экол. 59 (9) – 2019. – С. 527-532.

2. Покида А.Н., Поведенческие практики населения в сфере сохранения состояния здоровья / А.Н. Покида, И.А. Газиева, Н.В. Зыбуновская // Научный доклад, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации. – 2024. – С. 3-32.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

Костикова А.А., Киселёва И.Н.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность темы заключается в том, что фармацевтика в наше время играет большую роль для всего общества. Она влияет на большое количество людей, независимо от возрастной группы, так как производит социально значимый товар. Выявление проблем и решение их в перспективе поможет стране производить качественные лекарственные препараты. Эффективное регулирование обеспечивает доступ к качественным и безопасным лекарственным средствам. Также фармацевтическая отрасль является

значительным сектором экономики, и ее регулирование влияет на стоимость лекарств, доступность для населения и инвестиции в исследования и разработки.

Государственное регулирование фармацевтического рынка является важной и многоаспектной проблемой, которая затрагивает здоровье населения, экономику и социальное благосостояние общества в целом. В настоящее время фармацевтическая промышленность рассматривается как одна из ключевых отраслей национальной промышленности, влияние которой, прямо или косвенно, простирается на все сферы жизнедеятельности современного общества и государства, обеспечивает национальную и международную конкурентоспособность, экономическую и национальную безопасность страны С одной стороны, эффективное регулирование обеспечивает доступ граждан к качественным и безопасным лекарственным средств, а с другой — создает условия для справедливой конкуренции среди производителей. Наблюдение за контролем качества лекарств, повышение стандартов производства и оценка риска становятся неотъемлемой частью политики государственной власти. Однако, наряду с положительными моментами, существует ряд проблем, таких как недостаточная прозрачность в ценообразовании, коррупция и влияние лоббистских групп.

Перспективы государственного регулирования фармацевтического рынка требуют комплексного анализа. Это позволит создать более сбалансированную и справедливую систему, которая бы учитывала интересы как потребителей, так и производителей. Поэтому важно, чтобы государственное регулирование в данной сфере базировалось на принципах открытости, ответственности и новизне, что станет залогом здоровья народа и экономического роста страны.

Цель: рассмотреть регулирование фармацевтического рынка для определения ключевых проблем.

Задачи:

- сбор информации научной литературы по теме проблемы и перспектиы государственного регулирования фармацевтического рынка для дальнейшего анализа фармацевтического рынка
- охарактеризовать проблемы и определить причины их возникновения
- оценка эффективности текущих мер регулирования фармацевтического рынка

На данный момент фармацевтический рынок представляет собой сложную многофункциональную структуру, которая неразрывно связана со здоровьем граждан нашей страны. В настоящий момент процесс становления и развития отечественного фармацевтического рынка проходит стабильно. На российском фармацевтическом рынке наблюдается стабильная динамика роста в 2019-2023 гг., характеризующаяся увеличением общего объема рынка как в денежном, так и в натуральном выражении. При этом, темпы роста доли отечественных производителей лекарственных средств растут быстрее зарубежных конкурентов, а ассортимент ЛС продолжает расширяться.

Однако в Российской Федерации весьма насущна проблема наличия в обороте фальсифицированных и контрафактных недоброкачественных фармацевтических препаратов, и государственный надзор необходим для того, чтобы имеющиеся в обороте на потребительском рынке лекарственные средства соответствовали утвержденным стандартам качества безопасности [1]. Автор считает, что отсутствие четкого контроля за качеством лекарственных средств может привести к появлению псевдотоваров на фармацевтическом рынке. Я полностью согласна с мнением автора и считаю, что данная проблема представляет серьезную угрозу для здоровья граждан и прежде всего для людей, имеющих предрасположенность к аллергиям. Главным при проведении контроля на рынке фармацевтических препаратов является недопущение нарушений прав граждан на охрану здоровья [1]. Поэтому существуют стандарты качества, которые государство установило, для того, чтобы производители, внедряя свой товар на потребительский рынок, обязались соблюдать на всех этапах.

Несмотря на то, что наша страна уделяет значительное внимание улучшению законодательной базы, безопасности и качества в отношении разработки и реализации фармпродуктов, фармпромышленность на данный момент, по-прежнему находится в стадии формирования оптимальной макроэкономической модели и выработки необходимого набора норм правового регулирования. Потому как, быстрорастущие фармацевтические рынки сталкиваются с такими проблемами, как слабо развитая инфраструктура, фрагментированная система дистрибуции, низкий уровень доходов населения по сравнению с развитыми странами и т.д. [3] Государственный надзор в сфере обращения фармацевтических препаратов для медицинского использования на федеральном уровне осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами (Росздравнадзором) .

Таким образом при помощи отбора экземпляров фармацевтических препаратов, а также с помощью наблюдения за соблюдением производителями фармацевтического рынка регламентированных требованих к хранению, перевозке фармацевтических средств и осуществляется контроль за качеством лекарственных препаратов на потребительском рынке.

Регулирование цен на лекарственные препараты. В России существуют два перечня лекарств: «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты» (ЖНВЛП) и «Перечень лекарственных препаратов, предназначенных для медицинского применения при лечении определенных заболеваний» (Перечень). Первый перечень менее разнообразен и включает в себя препараты, необходимые для сохранения жизни пациента или предотвращения развития осложнений заболевания, а также лекарства, предотвращающие смерть, но не имеющие аналогов. Второй перечень включает в себя более разнообразные лекарства, которые применяются при лечении различных заболеваний, имеющих высокую распространенность в России. Цена на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, фиксирована и не может превышать максимально допустимую розничную цену, которая утверждается правительством Российской Федерации.

Поэтому в России с 2010 г. осуществляется регулирование цен на ЛП, включенные в перечень ЖНВЛП. Перечень ЖНВЛП — ежегодно утверждаемый Правительством РФ перечень ЛП для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в РФ. Цель такого регулирования цен и формирования перечня — обеспечить доступность необходимых лекарств для населения.

Главная задача государства – обеспечение благосостояния его граждан, которое, в первую очередь, основано на развитой системе здравоохранения и национальной безопасности. Однако эти две категории можно считать взаимозависимыми, ведь одним из главных направлений обеспечения национальной безопасности является гарантированное снабжение населения высококачественными и доступными лекарственными препаратами. При этом, ключевым моментом в системе государственного регулирования лекарственной безопасности должна стать борьба с транснациональными корпорациями, которые ограничивают доступность медицины, а также качество предоставляемых медицинских услуг. В связи с чем, теоретические наработки и практические рекомендации относительно государственного регулирования фармацевтического рынка требуют дальнейшего развития и совершенствования [2]. Борьба с транснациональными корпорациями — это совокупность действий и стратегий, направленных на ограничение негативного влияния крупных международных компаний на различные аспекты экономики, политики и общества.

Борьба с транснациональными корпорациями включает в себя множество аспектов, такие как:

- Защита прав потребителей. Так как транснациональные корпорации иногда могут злоупотреблять своим положением, предлагая некачественные товары или услуги. Борьба с ними включает защиту прав потребителей и обеспечение их доступа к качественной продукции.

- Экологическая ответственность. Некоторые ТНК наносят вред окружающей среде. Активисты и организации добиваются введения строгих экологических норм и стандартов для таких компаний.

- Справедливая конкуренция. Транснациональные корпорации могут использовать нечестные методы для вытеснения местных производителей. Борьба с ними включает поддержку малых и средних предприятий, разработку антимонопольного законодательства.

- Социальная справедливость. Часто ТНК могут способствовать социальному неравенству. Движения за права работников работают над улучшением условий труда и справедливой оплатой.

- Стимулирование устойчивого развития. Поддержка локальных экономик и устойчивостей, а также борьба с практиками, которые могут угрожать долгосрочному развитию регионов и стран.

В общем, борьба с транснациональными корпорациями направлена на создание более справедливой и устойчивой экономической среды, где интересы общества и окружающей среды становятся приоритетными.

Текущие меры регулирования фармацевтического рынка и её экономической безопасности также содержат:

1. Воссоздание конкурентоспособной отечественной фармацевтической промышленности, для которого необходимо наладить гарантированное производство на территории РФ препаратов, обеспечивающих лекарственную безопасность страны, начиная от субстанций и заканчивая готовыми лекарственными препаратами;
2. Одной из самых эффективных стратегий предотвращения фальсификаций лекарственных препаратов является тщательное документирование пути доставки препаратов потребителю, а также организация исследования по эффективности мер борьбы с фальсификацией лекарственных препаратов, что позволит в дальнейшем совершенствовать систему защиты фармацевтического рынка от проникновения подделок;
3. Комплексный государственный подход при активном взаимодействии участников фармацевтической и смежных отраслей РФ, системности в их работе и создании соответствующих условий для повышения инновационной активности фармацевтических компаний;
4. Разработка механизмов взаимодействия предприятий и государства как заказчика фармацевтической продукции.

Реализация мероприятий по обеспечению экономической безопасности фармацевтической промышленности РФ станет основой обеспечения лекарственной безопасности и экономической независимости страны, будет способствовать инновационному развитию отрасли, эффективности импортозамещения и повышению технологического уровня производства лекарственных средств.[3]

Государственное регулирование фармацевтического рынка сталкивается с рядом значительных проблем. Эти проблемы могут негативно сказываться на здоровье населения и экономике в целом.

Однако существует множество перспектив для улучшения ситуации. Разработка более эффективных механизмов контроля, стимулирование конкуренции, создание программ доступности, инвестиции в научные исследования и цифровизация процессов могут значительно повысить эффективность регулирования. Международное сотрудничество также играет важную роль в обмене опытом и внедрении лучших практик.

Таким образом, несмотря на существующие вызовы, есть возможности для создания более устойчивой и эффективной системы государственного регулирования фармацевтического рынка, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья населения и повышению качества жизни.

Список литературы.

1. Государственное регулирование оборота лекарственных средств на потребительском рынке Российской Федерации / И. М. Вильгоненко, I. M. Vilgonenko, Ю. Н. Слепенок [и др.] // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Юриспруденция. — 2022. — № 4. — С. 83-93. — ISSN 2072-8557. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/journal/issue/339413 (дата обращения: 06.10.2024). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ - ФАКТОРЫ УСПЕХА / И. В. Костенок, I. Kostenok, А. И. Садекова, A. Sadekova // Вестник Донецкого национального университета. Серия В. Экономика и право. — 2020. — № 4. — С. 141-147. — ISSN 2524-0668. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/journal/issue/344564 (дата обращения: 06.10.2024). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3. Капмар, В. В. Оценка государственного регулирования экономической безопасности фармацевтического рынка в рамках инновационного развития России / В. В. Капмар, Т. С. Красулина // Инновационное развитие. – 2018. – № 1(18). – С. 45-47. – EDN

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Костян М.Г., Малкина Л.В.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Экономическое и социальное развитие часто сопровождается ростом распространенности аллергических заболеваний среди взрослого и детского населения. Так, исследователи отмечают, что «цивилизация, дающая человечеству множество благ, одновременно порождает серьезные проблемы, … оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье человека». В России данная тенденция, по утверждению отечественных ученых, получила стремительное развитие в последние десятилетия.

Согласно данным из открытых источников, около 93% контактов с аллергенами происходит в возрасте до года, а аллергические болезни и аллергические реакции стали серьезной проблемой современной педиатрии. Рост заболеваемости, особенности патогенеза, полиморфизм симптоматики аллергических заболеваний и аллергических реакций, невозможность продуктивного общения с ребенком, повышенный риск возникновения опасных для жизни состояний у детей раннего возраста предопределяют повышенные требования к профессиональной компетентности среднего медицинского персонала.

Поскольку генетическая предрасположенность к аллергии у детей раннего возраста является неуправляемым фактором риска, главным направлением профилактики является снижение негативного воздействия внешних средовых факторов. В связи с этим, целью

исследования стала оценка готовности выпускников медицинского вуза, осваивающих образовательную программу бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело, к организации мероприятий по профилактике аллергических заболеваний у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования стали научные публикации по проблеме организации профилактики аллергии у детей раннего возраста. В качестве методов научного познания выступили такие общенаучные методы (анализ, синтез, систематизация и т.д.), а также социологические методы и метод моделирования: в рамках исследования проведено анкетирование обучающихся 4 курса факультета гуманитарного и медико-биологического образования ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, осваивающих образовательную программу бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело, и разработана модель профессиограммы медицинской сестры (участковой) педиатрического участка.

Результаты и обсуждение.

Согласно современным представлениям о проблеме аллергических заболеваний у детей, аллергия является патологией, обусловленной наследственной предрасположенностью. При этом риск рождения ребенка с аллергией у здоровых родителей составляет от 5% до 10%; если аллергией болеет один из родителей риск увеличивается до 20-40%, оба родителя – 40-60%, а если у обоих родителей одинаковая аллергическая патология риск составляет 60-80%.

Поскольку аллергия является полигенным заболеванием, оно характеризуется различными проявлениями, среди которых принято выделять аллергические болезни (бронхиальную астму, респираторные аллергозы, атопические дерматиты) и аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилаксия и т.д.). Исследования о причинах реализации аллергической настроенности позволяют разрабатывать профилактические мероприятия, направленные на предотвращение контакта детского организма с неблагоприятными факторами, включая продукты питания (молоко, яйца, рыба), бытовые аллергены (шесть животных, пыль), компоненты средств по уходу за кожей ребенка и т.д.

В профессиональные обязанности медицинской сестры входит образовательный компонент, в рамках реализации которого родителям объясняются методы исключения триггеров аллергии у грудных младенцев. Необходимо аргументировано рекомендовать подвергать регулярной стирке и обработке спальные принадлежности ребенка, чтобы исключить вероятность заражения пылевыми клещами. Для ухода за кожным покровом рекомендуется перейти на проверенные гипоаллергенные средства. Родителям необходимо объяснить нежелательность использования освежителей и аромадиффузоров с резкими запахами, содержания домашних животных.

Для младенцев до года самым распространенным триггером аллергии является молочные белки. Медицинская сестра должна уметь не только настроить родителей на необходимость соблюдения диетотерапии, но и объяснить особенности организации адаптированного питания.

При взаимодействии с родителями особое значение приобретают, наряду с профессиональными знаниями, умениями и навыками, так называемые, надпрофессиональные компетенции (soft skills), включающие коммуникативную компетентность и педагогическое мастерство. Самоценка уровня сформированности профессиональных и надпрофессиональных компетенций в соответствии с разработанной в рамках исследования профессиограммой осуществлялась в ходе анонимного анкетирования.

Заключение. Исследование показало, что медико-просветительская деятельность среднего медицинского персонала в рамках профилактики СД 2 должна осуществляться с

учетом влияния социально-экономических факторов на развитие заболевания. Включение в обучение детей и их семей юболее подробной информации о необходимости соблюдения рекомендаций по питанию, физической активности, отказу от вредных привычек помогает улучшить качество жизни и предотвратить развитие осложнений.

Список литературы.

1. Жигулина Т.А. и др. Сахарный диабет 2 типа: причины, симптомы и современные подходы к лечению / Т.А. Жигулина , Д. С. Куранов , К. В. Степанова // Биология и интегративная медицина. - 2025. - №SV (73). - [Электронный ресурс] — режим доступа: URL: https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-ii-tipa-prichiny-simptomy-i-sovremennye-podhody-k-lecheniyu (дата обращения: 12.09.2025).

2. Киру И., Цигос К., Маврогианни К. и др. Социально-демографические факторы риска и факторы, связанные с образом жизни, для выявления уязвимых групп при диабете 2-го типа: описательный обзор с акцентом на данные из Европы. BMC Endocr Disord 20 (Приложение 1), 134 (2020) https://doi.org/10.1186/s12902-019-0463-3

3. Коннова Т. В. и др. Роль средних медицинских работников в укреплении общественного здоровья /Т. В. Коннова , Ж. В. Баринова , Л. А. Лазарева // Известия Самарского научного центра - РАН. - 2015. - №5-3. - С.1038 — 1043.

4. Ресненко А. Б. Сахарный диабет 2-го типа у детей и подростков: от патогенеза к лечению / А.Б. Ресненко // ПФ. 2011. №4. - С.125 — 129.

5. Сахарный диабет 2 типа у детей // Рубрикатор клинических рекомендаций - [Электронный ресурс] — режим доступа: URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/622_5?ysclid=mh5u6imwg205837251 (дата обращения: 12.09.2025)

6. Сизова О. А. и др. Современные рекомендации по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа у детей / О. А. Сизова , Н. В. Лагунова , Е. И. Кунцевич , Н. А. Ревенко , А. Ю. Марчукова // Крымский терапевтический журнал. 2022. №3 — С.42-46

7. Эффективный сестринский уход и контроль за пациентами с сахарным диабетом // ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» - [Электронный ресурс] — режим доступа URL: https://www.phag-rostov.ru/articles/sestrinskij-uhod-za-patsientami-s-saharnym-diabetom/ (дата обращения: 14.09.2025)

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ

Кудакова А.Г., Воропинова О.А.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Онкологические заболевания - одна из основных причин смертности в мире. В России отмечается устойчивый рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), но общенациональные тенденции могут существенно варьировать на региональном уровне. Каждый субъект РФ характеризуется уникальной эпидемиологической ситуацией, определяемой особенностями демографии, экологическими условиями, уровнем развития медицинской инфраструктуры и эффективностью профилактических мероприятий. Ставропольский край, как аграрный регион с высокой солнечной инсоляцией и специфической структурой промышленного производства, требует отдельного изучения онкологической патологии. Цель исследования - выявление ключевых тенденций и особенностей заболеваемости ЗНО в Ставропольском крае, что является необходимым условием для разработки эффективных управленческих решений и оптимизации ресурсов регионального здравоохранения.

Материал и методы. В исследования использованы данные Минздрава СК и РФ. Методы исследования: анализ, группировка, сравнение, конкретизация и абстрагирование, гипотетический методы.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость ЗНО в Ставропольском крае характеризуется устойчивым многолетним ростом. С 2018 г. по 2024 г. она увеличилась, демонстрируя средний годовой прирост около 1,1%. Отставание краевых показателей от среднероссийских (примерно на 8-10%) - устойчивая закономерность [7], связанная с молодой возрастной структурой, менее развитой тяжелой промышленностью, сельским образом жизни значительной части населения. В то же время в сельских районах сохраняется более низкая обращаемость за медицинской помощью на ранних стадиях заболевания, но этот разрыв постепенно сокращается. [6] Важным позитивным трендом является выявляемость ЗНО. [1] В 2023 г. в крае было выявлено 25,5% всех новых случаев, что выше уровня 2020 г. (22,1%). Увеличилась доля заболеваний, диагностированных на I-II стадиях, а доля запущенных случаев (IV стадия) снизилась. [2] Это свидетельствует о постепенной оптимизации системы ранней диагностики. Для жителей края особенностями являются заболевания: кожи, меланомы [9], органов дыхания, желудочно-кишечного тракта. [4] Более половины случаев заболеваний ЗНО диагностируется у лиц старше 60 лет, молодое население (0-39 лет) составляет 7,2% от общей структуры онкозаболеваемости. Для каждой возрастной группы характерен специфический нозологический профиль: у молодых - лимфомы (18,3%), рак щитовидной железы (12,5%), шейки матки (11,8%); в среднем возрасте - рак легкого (19,2%), колоректальный рак (14,5%), рак молочной железы (28,7%); в пожилом возрасте - полиорганная патология с высокой долей рака желудка, легкого и колоректального рака. Среди мужского населения края ведущее место занимают рак легкого (16,8%), предстательной железы (14,2%), колоректальный (12,3%), кожи (13,5%), желудка (7,8%). У женщин доминирует рак молочной железы (23,8%), кожи (15,2%), колоректальный, рак тела и шейки матки. Среди городских жителей более высока доля рака легкого у мужчин, рака молочной железы – у женщин. В сельских районах наблюдается повышенная частота рака желудка и пищевода, что связано с сочетанием факторов окружающей среды, особенностями питания и доступностью медицинской помощи.

Проведенный анализ выявил разнонаправленные тенденции в различных возрастных группах. Наиболее значительный рост заболеваемости (+12,3%) отмечен в группе 40-59 лет, среди лиц старше 60 лет показатели оставались относительно стабильными (+3,2%). В нозологической структуре наблюдается устойчивое увеличение доли колоректального рака во всех возрастных группах при одновременном снижении заболеваемости раком желудка среди лиц моложе 50 лет. Прогнозные оценки указывают на дальнейшее старение онкологической популяции - к 2030 г. доля пациентов старше 70 лет может достичь 55%. Ожидается значительный рост заболеваемости раком предстательной железы (15-20%), в отношении рака шейки матки прогнозируется стабилизация показателей, обусловленная эффективностью скрининговых программ. В Ставропольском крае исследователи выделяют три ключевые зоны онкологического риска с различными профилями патологии: высокого, умеренно-высокого, умеренного риска в зависимости от индекса УФ-нагрузки, доли промышленности и пр. [3, 5].

Заключение. Общий уровень заболеваемости ЗНО в регионе остается ниже среднероссийского, выявлена устойчивая тенденция к росту с ежегодным приростом в 2,5-3,5%. Структура заболеваемости демонстрирует выраженную зависимость от специфических региональных экологических и антропогенных факторов.

Система мер по онкологической помощи должна предусматривать: внедрение целевых скрининговых программ с учетом региональной специфики: низкодозовая КТ

легких для групп риска в промышленных городах, расширение скрининга колоректального рака в сельских районах с интенсивным применением агрохимикатов, организация мобильных дерматоскопических кабинетов в курортных зонах Кавминвод, оптимизация диагностической инфраструктуры через создание межрайонных диагностических центров и внедрение единой радиологической информационной системы [11], развитие молекулярно-генетической диагностики на базе краевого онкодиспансера, дифференцированный подход к организации скрининговых программ с учетом гендерно-возрастных особенностей, создание трехуровневой системы паллиативной помощи, разработка программ медицинской реабилитации, укрепление кадрового потенциала, совершенствование системы мониторинга онкослужбы, интеграция данных о заболеваемости ЗНО с картографированием экологических рисков для проведения пространственного анализа, создание геоинформационной системы, объединяющей данные экологического мониторинга, показатели заболеваемости и демографические характеристики населения. Реализация мер позволит увеличить долю раннего выявления ЗНО, снизить смертность, сократить время от постановки диагноза до начала лечения, повысить удовлетворенность пациентов качеством помощи. Необходима разработка комплексной программы по снижению онкологической заболеваемости в крае с учетом региональной специфики и с минимизацией воздействия ключевых экологических факторов риска, воздействия ультрафиолетового излучения, качества атмосферного воздух, безопасности питьевой воды.

Список литературы.

1. Приказ Минздрава России от 15.02.2023 N 92н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [Электронный ресурс]. - URL: https://normativ.contur.ru (дата обращения: 10.10.2025).

2. Годовой отчет о деятельности Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера за 2023 год. - Ставрополь, 2024. - 145 с.

3. Данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по Ставропольскому краю за 2023 год и оперативные данные за 2024 год [Электронный ресурс]. — URL: https://stavstat.gks.ru

4. Данные социологического исследования «Распространенность факторов риска ХНИЗ среди взрослого населения СК». – Ставрополь: СКФУ, 2023. – 89 с.

5. Доклад о состоянии окружающей среды Ставропольского края в 2023 году. - Министерство природных ресурсов и охраны окружающей среды СК. - Ставрополь, 2024.

6. Зайцев, А.В. и др. Особенности онкологической помощи сельскому населению в современных условиях / А.В. Зайцев, Л.А. Попова, И.П. Смирнов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2022. – № 3(65). – С. 45-56

7. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2024.

8. Исаев В.А., Королева И.Б. Эпидемиология Helicobacterpylori-ассоциированных заболеваний в Южном федеральном округе / В.А. Исаев, И.Б. Королева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – № 5. – С. 23-29.

9. Петренко А.П., Коваленко С.А. Влияние уровня инсоляции на заболеваемость меланомой кожи в условиях Ставропольского края / А.П. Петренко, С.А. Коваленко // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2023. - Т. 26, № 1. - С. 45-52.

10. Ревич Б.А., Авалиани С.Л., Тихонова Г.И. Экологическая эпидемиология: Учебник для вузов. — М.: Издательский центр «Академия», 2020. — 448 с.

11. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2024. - 275 с.- 252 с.

ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Кузьмина П.О., Гапоненко Ю.В.
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Минздрава России

Российская система ОМС нуждается в повышении эффективности использования ресурсов вследствие ограниченного финансирования и высоких ожиданий населения. Хотя традиционные подходы акцентируют внимание на издержках и объемах услуг, поведение пациентов остается недостаточно оцененным фактором финансовой стабильности. Современный пациент проявляет инициативу: выбирает медицинское учреждение, запрашивает диагностику и консультации онлайн. Данное исследование ставит своей задачей определить влияние основных аспектов поведения пациентов (уровня информированности, выбора клиники, частоты обращений и доверия к врачам) на экономические показатели ОМС, включая удельные затраты, загруженность персонала и реализацию программ диспансеризации. Анализ проведен на основе данных за 2022–2025 годы, научных публикаций и эконометрического моделирования.

Материалы и методы. Источниками исследования стали официальные материалы ФФОМС, Росстата и Минздрава РФ за 2022–2025 годы, а также данные соцопроса Территориального фонда ОМС Волгоградской области о степени удовлетворённости населения качеством медицинской помощи (2024 г.). Дополнительно были рассмотрены научные публикации из баз Scopus, Web of Science и eLibrary по вопросам поведенческой экономики и управления спросом в здравоохранении. Применялись методы описательной статистики, корреляционный анализ и контент-анализ научных публикаций.

Результаты и обсуждение. Анализ данных социологического опроса застрахованных лиц в Волгоградской области в 2024 году показал, что общая удовлетворённость медицинской помощью составляет 46,7 %, что отражает низкий уровень доверия к системе ОМС в целом. При этом удовлетворённость амбулаторной помощью достигает 77,6 %, а стационарной — 81,3 %, что свидетельствует о более высокой оценке качества лечения в условиях стационара. В амбулаторных условиях наименьшую оценку получили сроки ожидания консультаций узких специалистов — 71,4 %, что указывает на барьеры доступности и может стимулировать избыточное или повторное обращение за медицинской помощью. Среди стационарных показателей наиболее низкие значения зафиксированы по обеспечению лекарствами (76,1 %) и расходными материалами (77,8 %), что может влиять на доверие пациентов и их дальнейшее поведение в системе здравоохранения [1]. По данным исследования можно сказать, что низкая удовлетворённость пациентов длительностью ожидания приёма врачей и недостаточным уровнем оснащённости медицинскими ресурсами может приводить к неоптимальному поведению пациентов: от повторного посещения медицинских учреждений до перехода в платный сегмент или отказа от необходимой терапии. Данные факторы приводят к необоснованному росту расходов и снижению экономической эффективности системы обязательного медицинского страхования.

Опрос Всероссийского центра исследования общественного мнения (ВЦИОМ) в 2022 году выявил тенденцию роста осведомлённости российских пациентов и увеличения количества обращений за медицинской помощью [2]. Эти изменения обусловлены активной информационной деятельностью Фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и развитием цифровых технологий в медицине. На основе этого можно полагать, что наблюдается переход от традиционного пассивного отношения пациентов к новой модели «осознанного потребителя», принимающего активное участие в процессе принятия решений касательно своего здоровья.

Уровень доверия к врачу является ключевым фактором, снижающим избыточное потребление услуг. Например, по данным исследования «Барометр отношения россиян к своему здоровью» за 2025 год, проведенного компанией «НИЖФАРМ», доверие россиян к официальной медицине составило 88% (рост на 2% по сравнению с 2024 годом), причем самый высокий показатель отмечен среди молодых и средне-возрастных респондентов (18–34 года, 91%). В вопросах здоровья участники исследования в первую очередь доверяли врачам общей практики (82%) [3].

Исходя из этого, поведение пациентов в системе ОМС становится важным фактором, определяющим экономическую эффективность. Активное потребление, вызванное ростом информированности, может перегружать систему, особенно в условиях оплаты по объёму услуг. В то же время, пассивное поведение ведёт к запоздалому лечению и увеличению долгосрочных расходов. Эти тенденции подтверждаются как российскими, так и международными исследованиями и указывают на необходимость комплексного подхода к формированию разумного потребительского поведения.

Подводя итоги исследования, можно предложить следующий комплекс мер, направленных на повышение экономической эффективности системы обязательного медицинского страхования:

- Разработать и реализовать программы просвещения населения, направленные на формирование грамотного понимания границ необходимых медицинских вмешательств и адекватных оснований для обращения за врачебной помощью.
- Создать механизмы персонального медицинского сопровождения пациентов посредством закрепления их за участковыми терапевтами, что снизит число необоснованных визитов и повысит профилактический эффект системы здравоохранения.
- Постепенно переходить от принципа оплаты медицинских услуг по количеству выполненных манипуляций к системе оплаты по достигнутым результатам лечения, повышая ответственность врачей за конечный лечебный результат.
- Укреплять доверие пациентов к врачам первичного звена через усиление просветительских инициатив и организацию регулярных коммуникационных каналов обратной связи с целью повышения уверенности в компетентности медицинских работников.

Заключение. Таким образом, эффективность системы ОМС определяется не только финансированием и организацией, но и поведением пациентов. Рациональное потребление медицинских услуг способно уменьшить нагрузку на систему и повысить её устойчивость, поэтому учет потребительских моделей необходим при стратегическом планировании здравоохранения.

Список литературы.

1. Анализ социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в медицинских учреждениях Волгоградской области, проведенного в 2024 году Государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» [Электронный ресурс] // Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного

медицинского страхования Волгоградской области» :[сайт]. [2024]. URL: https://volgatfoms.ru/docs/anketa2024.pdf (дата обращения: 10.09.2025).

2. Более 40% россиян заметили повышенное внимание государства к качеству медуслуг [Электронный ресурс] // Национальные проекты России: [2022]. URL: https://национальныепроекты.рф/news/bolee-40-rossiyan-zametili-rost-vnimaniya-gosudarstva-k-kachestvu-meduslug/ (дата обращения: 10.09.2025).

3. Опрос: 91% молодых россиян доверяют официальной медицине [Электронный ресурс] // Главные новости о медицинской и фармацевтической отрасли России - ФармМедПром :[сайт]. [2025]. URL: https://pharmmedprom.ru/news/opros-91-rossiyan17-34-let-doveryayut-oficzialnoj-mediczine/ (дата обращения: 10.09.2025).

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Лепетюха В.В., Киселёва И.Н.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность исследования заключается в том, что современное общество сталкивается с множеством проблем, связанных с ухудшением здоровья населения, увеличением заболеваемости и распространением хронических болезней. В условиях быстрого темпа жизни, влияния негативных факторов окружающей среды и изменения образа жизни людей вопросы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) становятся особенно актуальными. Здоровый образ жизни - это не просто отсутствие болезни, но и активное стремление к поддержанию физического, психического и социального благополучия.

Работа направлена на расширение понимания важности маркетинговых инструментов в формировании и поддержании здорового образа жизни среди населения, а также на разработку практических рекомендаций для их эффективного применения.

Развитие маркетинга в области здравоохранения требует учета психологических аспектов, а также анализа потребностей разных групп населения. Важно понимать, как позиции и методы управления могут повлиять на формирование общественного мнения о здоровом образе жизни, и какие инструменты можно использовать для повышения уровня осведомленности и мотивации.

Цель работы - изучение маркетинговых инструментов, способствующих формированию здорового образа жизни населения.

Задачи выпускной квалифицированной работы:

1. Провести анализ существующих маркетинговых инструментов, применяемых для популяризации здорового образа жизни.

2. Изучить влияние маркетинговых стратегий на поведение потребителей в контексте здорового образа жизни.

3. Определить наиболее эффективные методы продвижения идей здорового образа жизни.

Маркетинговые подходы могут помочь в распространении информации о здоровье, повышении осведомленности и мотивации людей к изменениям в образе жизни. Ниже рассматриваются основные маркетинговые инструменты, способствующие этой цели:

1. Информационные и образовательные кампании:

- Семинары и мастер-классы: Проведение регулярных мероприятий с участием экспертов в области здравоохранения, которые объясняют важность ЗОЖ.

- Информационные материалы: Брошюры, буклеты и плакаты с полезной информацией о питании, физической активности и профилактике заболеваний.

2. Цифровой маркетинг:

- Социальные сети: Использование платформ (Instagram, Facebook, TikTok) для создания контента, который вдохновляет и мотивирует следовать ЗОЖ. Вовлечение подписчиков в челленджи, конкурсы на тему здоровья, распространение успехов других людей.

- Вебинары и онлайн-курсы: Обучение здоровым привычкам через интернет-форматы, доступные для широкой аудитории.

3. Партнёрство и сотрудничество:

- Сотрудничество с медицинскими учреждениями: Взаимодействие с клиниками, фитнес-центрами и спортивными организациями для создания совместных программ и акций.

- Работа с НПО: Участие в инициативах, направленных на популяризацию здоровья и спорт [1, С. 67-71].

Изучение маркетинговых инструментов, способствующих формированию здорового образа жизни, показывает, что ключевым аспектом является комплексный подход, включающий образовательные, информационные и эмоциональные стратегии. Эффективное использование современных технологий и платформ, таких как социальные сети и онлайн-курсы, может значительно увеличить охват и вовлеченность населения. Создание партнерств и сообществ, а также внедрение программ стимулирования, способствует более глубокому внедрению ЗОЖ в повседневную практику людей. В итоге, все эти инструменты способны формировать не только индивидуальные, но и общественные привычки, ориентированные на здоровье и благополучие [2, С. 62-68].

Продвижение идей здорового образа жизни требует использования различных методов и стратегий, направленных на вовлечение и информирование широкой аудитории. Наиболее эффективные методы:

1. Взаимодействие через социальные сети - Сториз и прямые эфиры: Активное использование платформ, таких как Instagram и Facebook для обмена опытом, а также для прямого общения с аудиторией. Проведение челленджей: Запуск различных вызовов, например, «30 дней без сахара» или фитнес-челленджи, которые мотивируют участников и создают чувство сообщества.

2. Сотрудничество с влиятельными личностями - Блогеры и амбассадоры: Привлечение популярных личностей для продвижения идей ЗОЖ через их каналы, что увеличивает доверие и интерес к теме. Совместные мероприятия: Проведение совместных тренингов или встреч с известными спортсменами и знатоками здорового питания.

3. Использование контент-маркетинга - Создание блога или видеоканала: Публикация регулярного контента, связанного со здоровьем, фитнесом и правильным питанием, который будет полезен и информативен. Публикация успешных историй: Делание акцента на положительных изменениях, произошедших с людьми, которые начали следовать ЗОЖ. 4. Организация мероприятий - Спортивные мероприятия: Проведение марафонов, велогонок и других спортивных событий, которые вдохновляют людей заниматься физической активностью. Фестивали здоровья: Мероприятия, где можно попробовать здоровую еду, поучаствовать в мастер-классах и получить информацию от экспертов [4, С. 56-60].

Популяризация здорового образа жизни (ЗОЖ) требует применения разнообразных маркетинговых инструментов, которые могут эффективно донести информацию до целевой аудитории.

Стоит отметить, что существует множество маркетинговых инструментов, применяемых для популяризации здорового образа жизни. Каждая из вышеописанных стратегий может быть эффективно использована в зависимости от целевой аудитории и задач кампании. Важно сочетание онлайн и офлайн активностей, а также интеграция различных подходов для максимальной эффективности и охвата целевой аудитории. Также существуют ещё инструменты для популяризации здорового образа жизни. Например, партнёрства со спортсменами и влиятельными лицами - сторителлинг от знаменитостей. Включает в себя привлечение сторонников ЗОЖ, известных личностей и спортсменов для распространения информации о здоровом образе жизни через их каналы. Кросс-промоции – это сотрудничество с известными брендами может повысить уровень доверия и интереса к здоровому образу жизни [3, С. 256-259].

Маркетинговые стратегии оказывают значительное влияние на поведение потребителей в контексте здорового образа жизни. Социальный маркетинг — это специальный подход, который использует методы маркетинга для изменений в общественном поведении, направленных на улучшение общего благосостояния. В контексте здорового образа жизни социальный маркетинг играет ключевую роль в формировании привычек и поведения населения. Социальный маркетинг представляет собой мощный инструмент для формирования здорового образа жизни населения. Эффективно используемый, он может значительно улучшить здоровье общества, создавая осознанные и устойчивые привычки. Успех данного подхода зависит от интеграции современных технологий, активного вовлечения общественности и непрерывного мониторинга результатов. Например, «устойчивый подход» - создание культуры ЗОЖ: постепенное формирование общественных норм и ценностей, поддерживающих здоровые практики. - Вовлеченность сообществ: Генерация интереса и участия на локальном уровне, чтобы каждый ощущал свою значимость в преобразованиях [6, С. 53-60].

Маркетинговые стратегии играют ключевую роль в формировании и изменении поведения потребителей, особенно в сфере здорового образа жизни.

Мобильные приложения становятся важным инструментом для повышения мотивации студентов к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ). Они предлагают доступный и удобный способ отслеживания привычек, получения информации и общения с единомышленниками. Стоит отметить их достоинства:

1. Удобство и доступность - легкость в использовании: мобильные приложения позволяют студентам легко управлять своим временем и отслеживать свои достижения. Доступ к информации: Пользователи могут получать советы по питанию, упражнениям и методам снятия стресса в любое время и в любом месте.

2. Персонализированные рекомендации - индивидуальный подход: приложения позволяют создавать персонализированные планы питания и тренировок в зависимости от целей пользователя. Напоминания и уведомления: функции напоминаний помогают студентам не забывать о занятиях спортом или сбалансированном питании.

3. Социальные функции - взаимодействие с друзьями: возможность добавлять друзей и делиться успехами создает здоровую конкуренцию и поддерживает мотивацию. Челленджи и группы: организация совместных челленджей по достижению целей ЗОЖ способствует созданию сообщества и повышает вовлеченность.

4. Трекинг и анализ - отслеживание прогресса: студенты могут отслеживать свои успехи в тренировках, питании и уровне энергии. Аналитика: мобильные приложения могут предоставлять отчеты о состоянии здоровья и активности, что способствует пониманию своих достижений и областей для улучшения.

5. Игровые элементы и награды - геймификация: введение игровых элементов, таких как баллы и медали за достижения, делает процесс более увлекательным. Награды: студенты могут получать бонусы или скидки в спортивных магазинах или клубах за выполнение задач и достижение целей [7, С. 55-58].

Социальные сети играют ключевую роль в жизни современного студента, влияя на их стиль жизни и формирование ценностей, в том числе и здорового образа жизни. Социальные сети имеют двойственное влияние на стиль жизни современного студента и формирование здорового образа жизни. Они могут быть мощным инструментом для распространения знаний и поддержки, но также несут риски, связанные с сравнением и получением недостоверной информации. Важно, чтобы студенты критически относились к тому, что они видят в сети, и искали полезные и доказанные источники информации о здоровье [10, С. 17-21].

Формирование ценности здорового образа жизни является важным этапом в развитии молодежи. Такая ценность особенно актуальна в наше время, когда сохранение здоровья является одним из приоритетов общества. Популяризация здорового образа жизни заключается в том, что средства массовой информации могут создать благоприятную атмосферу и популяризировать здоровый образ жизни путем освещения примеров успешных людей, здоровых трендов и других аспектов, которые могут привлечь внимание молодого поколения. Важность социальных связей и влияния группы не может быть недооценена. Беседы, дискуссии и просто общение с людьми, которые также ведут здоровый образ жизни, могут стать мощным мотиватором для молодого поколения. Онлайн-курсы, подкасты, видеоуроки и другие источники профессиональной информации могут стать средством формирования знаний и умений, необходимых для поддержания здоровья [8, С. 147-151].

Маркетинг и здоровый образ жизни тесно связаны между собой, и это влияние наблюдается в различных аспектах. Маркетинговые стратегии: компании используют маркетинговые стратегии для продвижения продуктов, которые способствуют здоровому образу жизни, таких как органические продукты, спортивное питание и витамины. Упаковка и брендинг: здоровья ориентированные товары часто имеют привлекательную упаковку, транслирующую идею о полезности и качестве, что привлекает потребителей. Продукты с низким содержанием полезных веществ: в некоторых случаях компании могут злоупотреблять термином «здоровый» для продвижения продуктов, которые не соответствуют этому определению, что вызывает вопросы о честности маркетинга. Этика в рекламе: важно, чтобы маркетинг оставался связанным с истинными ценностями ЗОЖ и не вводил потребителей в заблуждение. Взаимосвязь между маркетингом и здоровым образом жизни является многоаспектной. Правильное применение маркетинговых стратегий может способствовать популяризации ЗОЖ и помочь потребителям делать более осознанный выбор. Однако необходимо помнить о рисках, связанных с неэтичным продвижением и манипуляциями, поэтому критическое восприятие информации остаётся важным аспектом [9, С. 704-709].

В заключении стоит отметить , что поставленные цели и задачи были выполнены аналитического обзора по теме: «Маркетинговые инструменты формирования здорового образа жизни населения».

Итак, маркетинговые инструменты играют решающую роль в формировании здорового образа жизни населения. Их грамотное использование может значительно повысить уровень здоровья, снизить риски заболеваний и создать общество, ориентированное на здоровье. Системный подход, основанный на сотрудничестве и инновациях, обеспечит устойчивые изменения в образе жизни людей и на долгосрочную перспективу улучшит качество жизни. Формирование здорового образа жизни населения является важной задачей, требующей комплексного подхода и применения различных маркетинговых инструментов.

Эффективные маркетинговые стратегии могут не только способствовать повышению осведомленности о здоровье, но и мотивировать людей к изменениям в образе жизни.

1. Образовательные кампании Информирование населения о преимуществах здорового питания и физической активности через рекламные материалы, семинары и тренинги играет ключевую роль в формировании позитивных привычек.

2. Использование социальных медиа Социальные платформы позволяют достичь широкой аудитории, способствуя распространению информации о здоровом образе жизни в непринужденной и доступной форме.

3. Партнёрство с медицинскими специалистами Сотрудничество с врачами и диетологами может повысить доверие к передаваемым рекомендациям и создать устойчивую базу для поддержки здоровых привычек.

4. Создание сообществ и групп поддержки Формирование групп по интересам, таких как спортивные клубы или группы по здоровому питанию, помогает создать мотивацию и обеспечивает поддержку в достижении целей.

5. Анализ предпочтений потребителей Проведение исследований и опросов для понимания потребностей и предпочтений целевой аудитории поможет адаптировать маркетинговые стратегии для повышения их эффективности.

Список литературы.

1.Грабиненко, Е. В. Современные подходы к формированию здорового и безопасного образа жизни / Е. В. Грабиненко // Педагогическое образование на Алтае. – 2021. – № 2. – С. 67-71. – EDN OFQETD.

2. Гуреева, Е. А. Реализация проектов в сфере спорта и активного образа жизни как инструмент повышения качества жизни населения / Е. А. Гуреева // Общество. Доверие. Риски : Материалы 3-го Ежегодного международного форума: в 3-х книгах, Москва, 01 декабря 2021 года. Том Книга 3. – Москва: Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова, 2021. – С. 62-68. – EDN KBEEMF.

3. Домрачева, Е. Ю. Современные концепции сохранения здоровья населения, формирования здорового образа жизни и увеличения продолжительности активного долголетия / Е. Ю. Домрачева, О. Ю. Иляхина, В. Ю. Дубровский // Эпоха науки. – 2019. – № 20. – С. 256-259. – DOI 10.24411/2409-3203-2019-12044. – EDN PWENYZ.

4. Еремеева, А. Социальные сети как инструмент формирования общественного мнения о здоровом образе жизни / А. Еремеева, О. С. Медведева // Актуальные проблемы активного долголетия и качества жизни пожилых людей : Сборник научных трудов, Калуга, 15 ноября 2018 года. – Калуга: ФБГОУ ВПО «Калужский государственный университет им. К.Э.Циолковского», 2019. – С. 56-60. – EDN WUIRHR.

5. Медведева, О. С. Социальный маркетинг как инструмент, формирующий здоровый образ жизни населения / О. С. Медведева // Актуальные проблемы активного долголетия и качества жизни пожилых людей :Сборник научных трудов, Калуга, 15 ноября 2018 года. – Калуга: ФБГОУ ВПО «Калужский государственный университет им. К.Э.Циолковского», 2019. – С. 106-111. – EDN URDXGS.

6. Мельникова, Т. Б. Влияние факторов социальной активности и образа жизни на ожидаемую продолжительность здоровой жизни населения региона / Т. Б. Мельникова, А. Ю. Пьянкова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Экономика и управление. – 2021. – Т. 7, № 2. – С. 53-60. – EDN ALBOHH.

7. Мобильные приложения как инструмент повышения мотивации студентов к ведению здорового образа жизни / А. Ш. Караев, З. В. Абазов, Н. Е. Ачиева, М. Х. Гилясова // Культура физическая и здоровье. – 2021. – № 3(79). – С. 55-58. – DOI 10.47438/1999-3455_2021_3_55. – EDN DMDLTP.

8. Ниетова, З. Х. Здоровый образ жизни: механизмы формирования ценности здорового образа жизни у молодого поколения / З. Х. Ниетова, С. Е. Ищанова // Психология, педагогика, образование: актуальные и приоритетные направления исследований : сборник статей Международной научно-практической конференции,

Оренбург, 11 апреля 2018 года. – Оренбург: Общество с ограниченной ответственностью «ОМЕГА САЙНС», 2018. – С. 147-151. – EDN WBSOPZ.1.

9. Создание организационных условий для формирования здорового образа жизни у населения / П. С. Турзин, М. В. Гурылина, Е. И. Аксенова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № S. – С. 704-709. – DOI 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-704-709. – EDN YMEIRI.

10. Старкин, А. Н. Социальные сети в стиле жизни современного студента и формирование здорового образа жизни / А. Н. Старкин, Л. А. Старкина, Р. А. Старкин // Современные, 2019. – С. 17-21.

ИНВЕСТИЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ УКРЕПЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Логинов А.В.

Поволжский государственный технологический университет

В условиях демографических и экономических вызовов в Российской Федерации (РФ) здравоохранение выступает важнейшим элементом экономической безопасности, влияя на трудоспособность населения, расходы бюджетов и устойчивость региональной экономики. Целью исследования является оценить влияние инвестиций в систему здравоохранения на показатели экономической безопасности у населения трудоспособного возраста (18–65 лет) и у контингента с хроническими неинфекционными заболеваниями методом экономико-статистического анализа и оценки эффективности вложений (сопоставление динамики инвестиций, показателей смертности, временной нетрудоспособности и регионального ВРП).

Материалы и методы. Материал исследования — агрегированные данные по субъектам Российской Федерации за 2019–2023 гг.: статистические сборники Росстата (раздел «Здравоохранение»), отчёты Министерства здравоохранения РФ (Минздрав РФ) и сведения о консолидированных бюджетах регионов. Методы статистической обработки: описательная статистика, корреляционный анализ Пирсона, регрессии панельных данных с фиксированными эффектами (fixed effects — FE), проверка эндогенности методом обобщённого метода моментов (generalized method of moments — GMM) и метод разностно-в-разниц (difference-in-differences, DiD) для оценки эффекта целевых инвестпроектов. При оценке экономической эффективности использовался анализ затрат и ожидаемых экономических выгод (с учётом снижения временной нетрудоспособности и предотвращённых случаев преждевременной смерти).

Результаты и обсуждение. Анализ динамики инвестиций показывает, что объём вложений в основной капитал здравоохранения в РФ в период пандемии существенно вырос: к 2020 г. общий объём инвестиций в здравоохранение увеличился заметно (в отдельных оценках доходя до 580,1 млрд руб.), что было связано с экстренными закупками, строительством и модернизацией инфекционных коек и техники. Это дало краткосрочное укрепление материально-технической базы, но выявило и структурные уязвимости. По данным Росстата и Минздрава, в 2022–2023 гг. наблюдались позитивные сдвиги по ряду демографических показателей, однако отмечаются и проблемные тренды: обеспеченность врачами и медицинскими кадрами остаётся неоднородной по регионам, в 2022 г. численность персонала в госучреждениях сократилась (оценки показывают до ≈50 тыс. сокращённых позиций по ряду источников), а обеспеченность врачебными кадрами в пересчёте на 10 тыс. населения снизилась до порядка 37,2 врачей на 10 тыс. населения в 2022 г.; это ограничивает способность переводить инвестиции в устойчивое качество

услуг. Аналитические работы российских авторов указывают на высокую региональную дифференциацию инвестиций (в фаворитах — центральные и наиболее обеспеченные субъекты), что создаёт пороговый характер отдачи: в регионах с низким начальным уровнем инфраструктуры эффект от единичных вложений может быть временно размытым без дополнительных мер по кадровому обеспечению и организационным реформам. Важным инструментом выравнивания являются меры НП «Здравоохранение» (национальный проект «Здравоохранение») и стратегия развития отрасли, направленные на укрепление первичного звена, развитие профилактики и цифровизации — при целевом распределении средств эти направления дают наиболее устойчивое снижение потерь ВРП от преждевременной смертности и нетрудоспособности.

Заключение.

Инвестиции в здравоохранение в РФ в условиях последних лет показали способность укреплять материальную базу отрасли и частично снижать риски для экономической безопасности, однако их эффект ограничен при отсутствии параллельных инвестиций в кадровый потенциал и управление. Приоритетное финансирование первичной медико-санитарной помощи и профилактики хронических заболеваний, а также программ подготовки и удержания медицинских кадров обеспечивает большую отдачу в виде сокращения временной нетрудоспособности и предотвращённых случаев тяжёлых осложнений. Для повышения эффективности инвестиций необходимы межрегиональные механизмы выравнивания, прозрачные критерии приоритизации проектов и системный мониторинг показателей экономической безопасности. Рекомендуется дальнейшее микроэкономическое исследование каналов передачи (здоровье → трудовая активность → продуктивность) с использованием панельных моделей и DiD-оценок для обоснования практических инструментов бюджетного распределения.

Список литературы.

1. Ведомости. Продолжительность жизни в России достигла рекордных 73,5 года в 2023 году // Ведомости. 2024.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Российской Федерации (статистический сборник). Росстат. — М., 2023.

3. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». — М., 2018.

4. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254.

5. Репринцева Е. В., и др. Об инвестициях в основной капитал здравоохранения в период пандемии // Азимут научных исследований: экономика и управление. — 2023.

6. Аналитические материалы по инвестициям в здравоохранение и кадровому обеспечению (обзор, 2022–2023) // VAAEL / региональные журналы.

7. СМИ: сокращение численности медицинских работников в госмедучреждениях в 2022 г.

МАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Мишанина Я.С., Киселёва И.Н.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Медицинский персонал является самым значимым и наиболее ценным элементом внутренних ресурсов учреждений здравоохранения — именно он обеспечивает результативность их деятельности. Однако это возможно лишь в условиях научно обоснованной системы мотивации труда.

Среднее медицинское звено является важнейшей составной частью системы здравоохранения и обладает существенными неиспользуемыми возможностями в решении проблемы удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. Эффективное использование кадрового потенциала среднего медицинского звена является одним из показателей, определяющих качество оказания медицинской помощи, которое непосредственно зависит от уровня профессиональной компетентности конкретного медицинского работника, его мотивации к труду, умения планировать и прогнозировать свою деятельность и нести ответственность за принимаемые решения. Эффективное управление, высокая отдача от персонала невозможны без целенаправленного и умелого воздействия на их мотивацию, без качественной системы стимулирования труда. Принципиальным дифференцирующим фактором категорий «мотивация» и «стимулирование» является тот факт, что стимулирование представляет собой одно из средств, посредством которого может осуществляться мотивирование. Мотивация является тем инструментом, при помощи которого осуществляется стимулирование труда работников.

Данные меры воздействия на персонал могут быть максимально эффективны при их комплексном использовании и мотивационном развитии.

Важнейшим преимуществом системы стимулирования трудовой деятельности сотрудников в медицинской организации является то, что она напрямую влияет на психологический комфорт работающего человека и повышает эффективность его работы.

Эффективность стимулирования влияет на многие аспекты функционирования всего предприятия, в том числе на качество оказываемых медицинских услуг, создание хорошей атмосферы на рабочем месте, создание условий для лучшей организации труда, повышение эффективности общения между отдельными работниками на разных уровнях, предоставление возможностей для развития. Вознаграждение - это все, что человек считает ценным для себя. В идеальном случае работа, которую выполняет человек, должна давать ему внутреннее вознаграждение. К нему относится самоуважение, достижение результата, общение, дружба; для его получения необходимо создание соответствующих условий работы и правильная постановка задачи. Внешнее вознаграждение дается организацией (заработная плата, карьерный рост, служебный престиж).

Я считаю, что материальные и нематериальные виды награждений безусловно повышают мотивацию персонала. Материальные вознаграждения повышают мотивацию персонала, так как они обеспечивают финансовую стабильность и позволяют сотрудникам удовлетворять базовые потребности. Нематериальные вознаграждения также играют важную роль в повышении мотивации персонала. Они способствуют удовлетворению социальных потребностей, таких как общение, уважение и признание.

Что касается материального наказания, то оно допустимо только в случае причинения действиями сотрудника прямого измеряемого материального ущерба. В большинстве же случаев, для разрешения возникшей ситуации достаточно простого разговора руководителя с подчиненным. Таким образом, если основной целью

использования системы наказаний в организации является предотвращение проблем, то, в свою очередь, использование системы поощрений свидетельствует о стремлении к развитию и достижению наилучших результатов. Поощрения также должны быть направлены на конкретные действия сотрудника, а не на личность. Каждая организация определяет для себя наиболее приемлемые способы поощрения.

В целом, мотивы, которыми руководствуется медицинские работники, выбирая свою профессию, выделить, определить и измерить достаточно сложно. Это объясняется не только тем, что мотивы разносторонни и разнообразны, как и разнообразен уровень подготовки, социальное происхождение людей, которые приходят в медицину, то чем они руководствуются, выбирая профессию медицинского работника. Помимо этого, очень важно отметить, что медицинские работники изначально имеют дело с базовыми потребностями человека, с потребностями в безопасности, любви, принадлежности, уважении, самоактуализации. Мотивации нестабильны, но, тем не менее, со стажем работы в медицине и в системе Здравоохранения становятся более глубокими, поверхностные мотивации уходят.

Медицина — та сфера деятельности человека, где преобладают негативные эмоциональные состояния. Больные ждут от медицинского персонала сочувствия, заботы, доброжелательности. Нельзя не учесть того, что медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от больного, становиться менее чувствительными, иначе им грозят эмоциональное выгорание и психосоматические заболевания. От уровня мотивации медицинского персонала зависит престиж организации, признательность пациентов и положение на рынке. Именно поэтому важно поддерживать уровень мотивации среди медицинских работников. Замотивированный сотрудник – успешное медицинское учреждение.

Основные инструменты, на которых выстраивается система мотивации:

1) Заинтересованность руководства.

Причем это не только решение о внедрении изменений, но постоянное проявление последовательности и настойчивости в процессе внедрения и улучшения системы мотивации. Необходимо собственным примером каждый день демонстрировать свою заинтересованность Личный пример руководителя - главный мотивирующий фактор для подчиненных.

2) Обучение персонала. Необходим вклад руководства в качественное обучение и постоянное повышение квалификации сотрудников. Незнание предмета демотивирует персонал.

3) Четкое целеполагание. Выполнение целей требует постоянного мониторинга и при необходимости корректировки. Визуализация целей способствует формированию «здоровой» конкуренции и стремлению достигнуть результатов. Крайне важна взаимосвязь целей организации и целей сотрудников.

4) Признание. Важно признание ошибок, выработка коллективной стратегии по устранению, а не критика, которая будет способствовать демотивации .

Эффективная система стимулирования персонала в медицине обеспечивает высокий уровень мотивации сотрудников, улучшает качество предоставляемых услуг. Такая система включает разнообразные виды мотивации.

Эффективность системы стимулирования медицинского персонала заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи, удовлетворении основных мотивационных потребностей работников.

В ходе исследования была изучена роль материального стимулирования в повышении эффективности работы медицинского персонала и рассмотрены методы мотивации для улучшения качества предоставляемых услуг. Цель была достигнута благодаря рассмотрению оптимальных форм и методов материального стимулирования,

способствующих повышению мотивации и производительности труда медицинских работников, а также анализу существующих методов материального стимулирования в медицинской организации.

Основные выводы:

1.Материальное стимулирование играет важную роль в повышении эффективности работы медицинского персонала, так как оно напрямую связано с уровнем заработной платы и возможностью карьерного роста.

2.Методы мотивации, такие как премии, бонусы, участие в прибыли и опционы на акции, способствуют повышению производительности труда и улучшению качества предоставляемых услуг.

3.Для успешного применения методов мотивации необходимо учитывать индивидуальные особенности сотрудников, их потребности и предпочтения.

4.Важным аспектом мотивации является создание благоприятного психологического климата в коллективе, развитие корпоративной культуры и уважение к труду медицинских работников.

Предложения:

1.Разработать и внедрить систему материального стимулирования, основанную на показателях эффективности работы медицинского персонала и учитывающую специфику отрасли.

2.Регулярно анализировать и корректировать систему материального стимулирования на основе обратной связи от сотрудников и результатов работы организации.

Список литературы.

1. Киселева, И. Н. Средний медицинский персонал: важнейший ресурс реформирования здравоохранения России / И. Н. Киселева // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2018. – № 10(116). – С. 38. – EDN YNRWXR.

2. Калмыкова, Д. А. Современные проблемы материального стимулирования персонала медицинских учреждений / Д. А. Калмыкова, Е. П. Солодова, О. В. Новоселова // Вестник Самарского университета. Экономика и управление. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 70-74. – EDN FSZQGA.

3. Мотивация как фактор повышения эффективности деятельности персонала организации / С. А. Попов, Н. О. Сабанина, С. А. Швец, Н. В. Кузнецова // Вестник Университета Российской академии образования. – 2021. – № 4. – С. 144-157. – DOI 10.24411/2072-5833-2020-10099. – EDN WXWBJP.

4. Мусатова, К. А. Особенности стимулирования трудовой деятельности персонала в медицинских центрах / К. А. Мусатова // Казанский экономический вестник. – 2022. – № 3(59). – С. 95-99. – EDN QINQVW.

5.Оценка вовлеченности сотрудников как инструмент повышения эффективности работы руководителей средним медицинским персоналом / Н. А. Носкина, В. С. Криштопин, Е. Г. Овсянникова, В. А. Овсянников // Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации Национального проекта «Здравоохранение» : Материалы VI межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России, Ростов-на-Дону, 21–22 ноября 2019 года. – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2019. – С. 140-143. – EDN XDQQKO.

6. Перевезенцев, Е. А. Мотивация как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях (аналитический обзор) / Е. А. Перевезенцев, В. М. Леванов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27, № 4. – С. 134-148. – DOI 10.25207/1608-6228-2020-27-4-134-148. – EDN QMYYQE.

7.Проблема мотивации медицинских работников и нематериальное стимулирование персонала медицинских организаций / Н. А. Пульвер, В. Е. Соболева, Н. В. Коноплина [и др.] // Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 49-52. – EDN EESNXO.

8. Салалыкина, Е. В. Аспекты организации работы среднего медицинского персонала отделения медицинского центра / Е. В. Салалыкина, Н. В. Яблонко // International Journal of Medicine and Psychology. – 2018. – Т. 1, № 4. – С. 19-23. – EDN VVDPUY.

9.Социально-психологический климат в медицинских организациях как фактор, влияющий на качество и доступность медицинской помощи / А. В. Ким, О. Ж. Узаков, В. М. Середа [и др.] // Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 4. – С. 72-82. – EDN QELXCF.

10.Тарасова, Е. А. Мотивация персонала в медицинской организации / Е. А. Тарасова // Вести научных достижений. Экономика и право. – 2021. – № 10. – С. 203-206. – DOI 10.36616/2686-9837_2021_10_203. – EDN CSGYQF.

11. Шаховская, Л. С. Управление потенциалом персонала медицинской организации: маркетинговый подход / Л. С. Шаховская, И. В. Аракелова, В. И. Юкина // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и менеджмент. – 2022. – Т. 16, № 3. – С. 185-197. – DOI .14529/em220320. – EDN GBOUWG.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ОТ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Ноздрачев Д.В., Малкина Л.В.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

По данным всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), ежегодно благодаря вакцинации предотвращается от 2 до 3 миллионов случаев смерти, а при повышении глобального охвата вакцинацией эта цифра могла бы увеличиться ещё на 1,5 миллиона [2].

Помимо угрозы общественному здоровью, отказ от вакцинации оказывает значительное негативное влияние на экономику. По данным Всемирного банка, финансовые затраты на ликвидацию последствий эпидемий, вызванных недостаточным уровнем иммунизации, существенно превышают стоимость профилактических мероприятий [3]. Прямые экономические потери включают расходы на диагностику, лечение, госпитализацию и карантинные меры, тогда как косвенные проявляются в виде снижения производительности труда, временной нетрудоспособности, увеличения социальных выплат и перегрузки системы здравоохранения.

Повышение доверия населения к иммунизации, обеспечение прозрачности информации и активное вовлечение всего медицинского сообщества в просветительскую работу являются необходимыми условиями для сохранения достигнутых успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями [4; 6]. В связи с этим, целью исследования стала обоснование роли среднего медицинского персонала в минимизации ущерба от противодействия иммунизации на основе усиления просветительской работы.

Материалы и методы исследования.

Материалами исследования стали публикации по теме исследования, результаты социологического опроса. В качестве методов научного познания выступили общенаучные методы познания, а также социологические методы исследования с

элементами социального эксперимента. С целью оценки отношения населения к проблемам иммунизации проведен социологический опрос она основе методики «мотивационного интервьюирования».

Результаты и обсуждение.

Иммунизация представляет собой процесс формирования специфического иммунитета с целью профилактики инфекционных заболеваний, который оценивается учеными, как одно из ключевых достижений современной медицины и общественного здравоохранения, позволивших существенно снизить заболеваемость и смертность от данных заболеваний [2]. По мнению специалистов, иммунизация не только спасает жизни, но и является экономически целесообразной: вложение $1 в вакцинацию возвращает $16–44 в виде предотвращённых расходов на лечение и потерь продуктивности [1].

Несмотря на доказанную эффективность и безопасность вакцин, в последние десятилетия наблюдается рост антивакцинаторских настроений среди населения. Причинами данной тенденции выступают распространение дезинформации, влияние социальных сетей, снижение уровня доверия к медицинским учреждениям и государственным органам, а также отсутствие достаточной просветительской деятельности [4; 6]. Особую роль играют, так называемые, когнитивные искажения — например, склонность придавать большее значение единичным негативным примерам, чем статистике (ошибка выжившего) [5]. Также важно учитывать культурно-религиозный контекст: в некоторых группах отказ от вакцинации стал элементом социальной идентичности [7].

Указанные факторы приводят к отказам от вакцинации и снижению охвата населения профилактическими прививками, что, в свою очередь, способствует возобновлению вспышек управляемых инфекций, ранее находившихся под контролем.

Анализ научной литературы позволяет выделить следующие группы экономических потерь общества отказа от вакцинации:

- прямые потери — расходы на лечение ; экстренные меры вакцинации в условиях вспышек; карантинные мероприятия, санитарные блокировки и т. д.;

- косвенные потери — снижение производительности труда в следствие заболевания, рост выплат пособий по временной нетрудоспособности, снижение налоговых поступлений, рост социальной напряженности.

Ученые оценивают социально-экономический ущерб от вакциноуправляемых инфекционных заболеваний (их совокупности), а также влияние различных программ вакцинации на его предупреждение в терминах экономики благосостояния - подхода, практикуемого в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения, который предполагает анализ затрат и результатов (cost-benefit analysis) для определения итогового объема выигрыша и потерь при реализации определенного проекта [1].

Обоснование того или иного сценария иммунопрофилактики населения строится как на оценке медицинской эффективности вакцин, так и на оценке потенциально предотвращаемого социально-экономического ущерба, поскольку именно экономические показатели могут стать наиболее весомым аргументом при расстановке приоритетов и перераспределении ресурсов национальной системы здравоохранения.

Наряду с оптимизацией программ вакцинации, необходимо отметить значимость коммуникативных технологий в повышении эффективности иммунопрофилактики. Так, весомую роль в решении проблемы охвата населения вакцинацией может средний медицинский персонал, владеющий методой «мотивационного интервьюирования», владеющий корректной аргументацией и адаптированными информационными материалами.

В рамках проведенного интервьюирования было определено, что около 44% респондентов делают прививки, как в соответствии с Национальным календарем прививок, так и в преддверии сезонных вспышек вакционоуправляемых инфекций, 26%

опрошенных делают прививки только предусмотренные Национальным календарем прививок, 30% опрошенных утверждают, что не делают прививки. При этом, отрицательно к вакцинации относятся только 4% респондентов, подавляющее же большинство понимает значимость иммунопрофилактики: 44% опрошенных относятся положительно к вакцинации, 52% - относятся скорее положительно, чем отрицательно (именно эта категория опрошенных является основным контингентом для проведения просветительской работы среднего медицинского персонала).

В структуре основных источников информации о прививках респонденты указывают врачебный и сестринский персонал (76,9%), родственников и знакомых (57,7%), интернет-ресурсы (30,0%), социальные сети (26,9%) и телевидение (11,5%). Однако полученная информация не позволяет преодолеть повышенный уровень тревожности по отношению к вакцинации: 61,% респондентов опасается побочных эффектов, у 30,8% испытывает недоверие к качеству вакцин, 3,8% опрошенных ссылаются на негативный личный опыт или опыт друзей и знакомых.

Не смотря на то, что более 70% осознают возможность возникновения эпидемий в следствие массового отказа населения от вакцинации, только 31% признает экономические потери общества. На фоне недооценки негативных последствий антивакцинаторских настроений, мнения опрошенных по поводу позиции государства по отношению к лицам, отказывающимся от прививок разделились: 11,5% настаивают на обязательной вакцинации, 7,7% - предлагают введение ограничений и штрафов. Большинство опрошенных (65,4%) предлагают уважать право на отказ от прививок, 61,5% отдают предпочтение просветительской деятельности, направленной на разъяснение механизмов вакцинации, предоставление прозрачной информации прозрачной информации о составе вакцин, побочных действиях и противопоказаниях.

В результате проведенной беседы на основе методики «мотивационного интервьюирования» доля респондентов готовых делать прививки, как в соответствии с Национальным календарем прививок, так и в преддверии сезонных вспышек вакционоуправляемых инфекций повысилось с 44% до 62%; доля опрошенных, признающих экономический ущерб от отказа от прививок увеличилась с 31% до 100%, что в свою очередь является положительным фоном для расширения влияния в рамках просветительской работы на основе усиления гражданской позиции.

Заключение.

Отказ от вакцинации ведёт не только к медицинским рискам, но и к значительным экономическим потерям. Международный и российский опыт подтверждает: даже незначительное снижение охвата вакцинацией может спровоцировать крупные вспышки управляемых инфекций с тяжёлыми последствиями для общества и экономики.

В этой связи особое значение приобретает деятельность среднего медицинского персонала, находящегося в непосредственном контакте с населением. Медицинские сёстры способны играть ключевую роль в формировании приверженности к вакцинации, снижении тревожности, распространении достоверной информации и обеспечении соблюдения календаря прививок. Повышению эффективности коммуникаций способствует внедрение в сестринскую практику методики «мотивационного интервьюирования».

Список литературы.

1. Брико Н. И. и др. Сравнительная оценка предотвращаемого социально-экономического ущерба при различных подходах к профилактике вакциноуправляемых инфекций в рамках национального календаря профилактических прививок / Н. И. Брико , Л. Д. Попович , А. Я. Миндлина , О. И. Волкова , Е. О. Курилович // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2020. - №1. - С.4-13.

2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Global Vaccine Action Plan 2011–2020 – [электронный ресурс] – Режим доступа:URL:

https://www.who.int/publications/i/item/global-vaccine-action-plan-2011-2020 (дата обращения 04.09.2025)

3. Всемирный банк. Доклад о выгодах вакцинации. — 2020. - [электронный ресурс] – Режим доступа:URL: https://documents1.worldbank.org/curated/en/159001608144788334/pdf/Russia-Economic-Report-Russias-Economy-Loses-Momentum-Amidst-COVID-19-Resurgence-Awaits-Relief-from-Vaccine.pdf (дата обращения 04.09.2025)

4. Роспотребнадзор РФ. О ситуации с вакцинацией в регионах. — 2023. - [электронный ресурс] – Режим доступа:URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/ (дата обращения 06.09.2025)

5. Kata A. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. Vaccine, 2010.

6. Larson H. Stuck: How Vaccine Rumors Start and Why They Don't Go Away. Oxford University Press, 2020.

7. WHO Regional Office for Europe. Measles and Rubella Surveillance data 2017–2019.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Поспелов Н.С., Алексеева Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

В наше время развитие здравоохранения стало приоритетной задачей для Правительства Российской Федерации. Для этого необходимо учитывать и анализировать национальные системы здравоохранения других государств. Каждая такая система сталкивается со схожими проблемами, и каждая имеет свои решения. Именно благодаря такому анализу можно создать новую систему здравоохранения, которая будет отвечать всем стандартам качества и помогать сохранять здоровье граждан РФ.

Для анализа национальных систем здравоохранения необходимо уточнить, что они из себя представляют. Существуют различные понимания того, чем является система здравоохранения, но чаще всего под этим термином трактуется система оказания медицинской помощи населению. Основным и главным принципом таких систем является предоставление качественных и доступных медицинских услуг.

В процессе своего развития каждое государство вырабатывает свою собственную, отвечающую всем запросам своего населения систему здравоохранения. Российская национальная система здравоохранения формировалась достаточно продолжительное время, постоянно совершенствуясь. Когда определённый тип такой системы перестал отвечать запросам обществам, она была изменена. Проведённые реформы способствовали не только спасению системы здравоохранения от распада, но и стимулировали поток новых технологий в отечественной медицине.

Несмотря на всё это в стране остаётся нерешенным ряд проблем, связанных со здравоохранением. Введённая двухуровневая система ОМС не позволяет решить проблему нехватки денежных средств. Одной из основных причин этого являются недостаточные платежи на страхование неработающих граждан. Ещё одной значимой проблемой современной российской национальной системы здравоохранения является нехватка квалифицированного медицинского персонала. Как правило, эта проблема характерна для малых населённых пунктов. Причиной этого традиционно называется

низкий уровень заработных плат работников здравоохранения по сравнению с таковыми в крупных центрах России. Медицинские работники переезжают в такие центры, где спрос на их услуги выше и, соответственно, заработные платы тоже, оставляя при этом региональные медицинские учреждения с нехваткой штата.

В своём исследовании Едаков А.А. приводит пути решения данных проблем:

- повышение роли государства в финансировании здравоохранения через систему ОМС;
- введение механизмов финансового планирования и оплаты медицинской помощи, стимулирующих рост эффективности применения ресурсов в системе здравоохранения;
- постепенное формирование устойчивой финансовой базы для реализации населению безвозмездной медицинской помощи в рамках ОМС;
- создание финансово стабильной программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи;
- повышение престижа профессии медицинского работника;
- повышение квалификации и переобучение медицинского персонала;
- усиление контроля со стороны государства за целевым использованием денежных средств, выделяемых на обеспечение функционирования национальной системы здравоохранения [1, с. 40].

Некоторые из этих направлений идут в противовес с принципом децентрализации современной отечественной системы здравоохранения, однако они действительно могут усовершенствовать её и устранить наиболее серьёзные проблемы отрасли.

Для оценки функционирования эффективности национальных систем здравоохранения существует специально созданная для этого методология, которая помогает установить конкретные причины и факторы риска, влекущие ухудшение общего состояния здоровья населения, и выявляет наиболее уязвимые категории населения, что помогает найти решения для снижения уровня смертности и заболеваемости.

В действительности существует ряд проблем, среди них проблемы: защиты интеллектуальной собственности на фармацевтические препараты; отсутствия международного сотрудничества в области организации совместных закупок, гармонизации правил в области производства лекарственных средств и свободного перемещения товаров и услуг медицинского назначения; неравномерность доступности финансовых ресурсов, технологий и опыта производства медицинских препаратов в странах мира.

В качестве основных мер по решению указанных проблем взаимодействия национальных систем здравоохранения Юсифов Д.М. выделяет:

- создание международной системы инвестирования в развитие навыков и технологического потенциала здравоохранения…
- реализация системы обмена технологиями для обеспечения доступного массового производства медицинских товаров…
- создание эффективной международной инвестиционной системы в сфере здравоохранения…
- создания международной системы помощи развивающимся странам в реализации краткосрочных проектов, не требующих значительных вложений…» [2, с. 357].

При всём своём развитии отечественная система здравоохранения, как и любая другая система здравоохранения, не является идеальной. В ней остаётся ряд нерешённых проблем таких, как проблемы с финансированием и штатом квалифицированного медицинского персонала. Можно выделить возможные пути решения этих проблем:

- необходимо продолжить активное внедрение цифровых технологий в систему и совершенствование национальной системы обмена медицинской информацией;
- сделать систему более централизованной, увеличить роль государства в финансировании здравоохранения;

- субсидировать зарплаты медицинских работников в регионах, чтобы остановить текучесть кадров из провинции в крупные центры страны.

Подводя итоги, можно сделать вывод о высокой значимости изучения национальных систем здравоохранения других государств. Их постоянный мониторинг позволит выявлять наиболее удачные пути достижения поставленных для здравоохранения целей и способы решения проблем, характерных для системы здравоохранениях разных стран.

В свою очередь, нужно также помнить, что на данный момент не существует универсальной системы здравоохранения, которая бы подходила всем странам. Для каждого государства такая система индивидуальна и направлена на решение проблем и задач его медицинской отрасли.

Список литературы.

1. Едаков, А. А. Проблемы становления и развития национальной системы здравоохранения Российской Федерации / А. А. Едаков // Охрана здоровья населения Дальнего Востока: векторы развития : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Хабаровск, 19 апреля 2019 года / Отв. ред. И. А. Гареева. – Хабаровск: Тихоокеанский государственный университет, 2019. – С. 37-41. – EDN ZCQODB.

2. Юсифов, Д. М. Проблемы международного взаимодействия национальных систем здравоохранения / Д. М. Юсифов, Н. А. Ефремов // Векторы развития экономики в условиях новых вызовов : сборник материалов Международной научно-практической конференции, Чебоксары, 20 апреля 2022 года. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2022. – С. 353-358. – EDN APEOOJ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ВУЗАХ КАК ИНСТРУМЕНТА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рагимов М.С., Новиков Д.А.

Белорусский государственный университет, Республика Беларусь

Актуальность проблемы обусловлена значительными объемами бюджетных средств, направляемых на подготовку медицинских кадров, и одновременным сохранением кадрового дефицита в государственном здравоохранении, особенно в первичном звене и сельских территориях. Нерациональное использование средств приводит к прямым финансовым потерям системы здравоохранения, связанным с необходимостью привлекать готовых специалистов повышенными затратами. Цель исследования – оценить эффективность бюджетного финансирования медицинских вузов на основе анализа трудоустройства выпускников и разработать предложения по ее повышению для обеспечения финансовой устойчивости региональных систем здравоохранения.

Материалы и методы. Проведен анализ открытых данных Министерства науки и высшего образования РФ и Министерства здравоохранения РФ за период 2020-2024 годы по объемам бюджетного приема и финансирования в разрезе медицинских вузов. Использованы методы статистического анализа (корреляционный и регрессионный анализ) для оценки связи между объемом финансирования, количеством выпускников и данными о их трудоустройстве по специальности в государственные медицинские организации в течение первого года после окончания вуза. Также проведен сравнительный анализ моделей финансирования.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ данных за период 2020–2024 годы выявил ряд системных проблем в механизме бюджетного финансирования подготовки медицинских кадров. Установлено, что в среднем по Российской Федерации только 60–70% выпускников медицинских вузов, обучавшихся за счёт бюджетных средств, трудоустраиваются в государственные медицинские организации в течение первого года после окончания обучения. При этом наблюдается значительная региональная диспропорция: в ряде субъектов Федерации, таких как Ставропольский край, Республика Дагестан и Камчатский край, показатель трудоустройства выпускников в государственный сектор здравоохранения не превышает 40–50%. Это свидетельствует о низкой возвратности государственных инвестиций в образование и создаёт дополнительную финансовую нагрузку на региональные системы здравоохранения.

Обсуждение результатов позволяет выделить несколько ключевых факторов, влияющих на сложившуюся ситуацию. Во-первых, существующая модель нормативно-подушевого финансирования медицинских вузов ориентирована преимущественно на процесс обучения, а не на его результат. Финансирование осуществляется преимущественно по количественным показателям (число студентов, объём образовательных программ), без учёта дальнейшего трудоустройства выпускников. Во-вторых, отсутствие эффективных механизмов мониторинга и ответственности за распределение выпускников приводит к их миграции в другие регионы или в частный сектор, что особенно характерно для специалистов узкого профиля.

Финансовые потери системы здравоохранения носят комплексный характер. Помимо прямых потерь, связанных с невозвратом инвестиций в образование (расходы на обучение одного студента составляют в среднем 400–600 тысяч рублей ежегодно), возникают косвенные издержки. К ним относятся затраты на реализацию программ поддержки кадрового потенциала («Земский доктор», «Земский фельдшер»), которые предусматривают значительные подъёмные выплаты (до 1–2 миллионов рублей), а также расходы, связанные с сверхурочными выплатами действующему персоналу из-за высокой нагрузки и нехватки кадров.

Важным аспектом обсуждения является поиск путей повышения эффективности бюджетного финансирования. Одним из наиболее перспективных направлений представляется внедрение системы ключевых показателей эффективности (KPI) для вузов, увязанных с трудоустройством выпускников. Такими показателями могли бы стать: доля выпускников, трудоустроившихся в государственный сектор в течение первого года; процент работающих в дефицитных специальностях и в сельских территориях; уровень удержания специалистов в течение трёх лет. Стимулирующее финансирование, основанное на достижении этих KPI, позволило бы не только повысить отдачу от бюджетных средств, но и сократить региональный дисбаланс в распределении медицинских кадров.

Кроме того, требует внимания развитие механизма целевого обучения, который в настоящее время не всегда показывает высокую эффективность из-за недостаточной проработанности договорных обязательств и мер ответственности. Усиление контроля за выполнением условий целевых договоров, введение механизма частичного возмещения затрат на обучение в случае их невыполнения, а также повышение гибкости самого механизма (например, возможность обучения по целевым направлениям не только от органов здравоохранения, но и от конкретных медицинских организаций) могли бы значительно повысить его результативность.

Таким образом, преобразование модели финансирования медицинских вузов из процессной в результативную представляется необходимым условием обеспечения финансовой устойчивости и сбалансированности системы здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Заключение. Бюджетное финансирование подготовки медицинских кадров в настоящее время не может быть признано в полной мере эффективным инструментом обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения. Для повышения эффективности необходима трансформация модели финансирования медицинских вузов, увязывающая объем бюджетных средств с показателями трудоустройства выпускников в государственный сектор, особенно в дефицитные регионы и специальности. Предлагается рассмотреть механизм частичного возмещения затрат на обучение для выпускников, не отработавших в госсекторе, и введение стимулирующих надбавок к финансированию вузов за достижение целевых показателей.

Список литературы.

1. Аксенова, Е. И. Лучшие мировые практики оценки технологий здравоохранения : экспертный обзор / Е. И. Аксенова, А. А. Николаев. – Москва : Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2025. – 56 с. – ISBN 978-5-907952-29-4.

2. Ломоносов, А. В. Влияние бюджетного финансирования на стоимость клиентского капитала вуза / А. В. Ломоносов // Современные тренды развития общественных, корпоративных и личных финансов : Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, Новосибирск, 23 декабря 2021 года / Под научной редакцией Н.В. Фадейкиной. – Новосибирск: Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ», 2022. – С. 54-58. – EDN NGSBWT.

3. Федосенко, Н. М. Экономика медицины: история и современность / Н. М. Федосенко // Тенденции экономического развития в XXI веке : Материалы VII Международной научно-практической конференции, Минск, 28 февраля 2025 года. – Минск: Белорусский государственный университет, 2025. – С. 116-120. – EDN BFXKLJ.

РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКУ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК РФ

Серебряков Д.С., Моисеенко А.А., Куранов М.М., Братишко Н.П.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

В ходе обсуждения Закона о телемедицине в 2016–2018 годах ключевым аргументом в пользу его масштабного внедрения нередко называли экономическую эффективность таких решений [8]. Ключевым драйвером роста телемедицинских-технологий стала пандемия COVID-19 в 2020 году. При этом с марта по август 2020 года государственные больницы были практически полностью переориентированы на помощь пациентам с коронавирусной инфекцией. Частные клиники, сохранив стандартный график приема, столкнулись с критическим снижением числа пациентов, что обострило вопросы экономической устойчивости отрасли в условиях кризиса [9]. Несмотря на рост спроса на дистанционные консультации в период пандемии, многие клиники сталкиваются с трудностями при достижении окупаемости проектов [9]. Анализ экономических показателей и рыночных трендов позволяет выявить ключевые факторы, влияющие на финансовую эффективность, рентабельность телемедицины в коммерческом секторе.

Материалы и методы исследования включают анализ научных публикаций из баз данных eLibrary, а также отчётов консалтинговых агентств и открытых источников. Особое внимание уделено работам, посвящённым экономическим аспектам телемедицины в РФ за период 2020–2024 гг. Для оценки рентабельности использованы показатели

окупаемости инвестиций (ROI), анализ структуры затрат и динамики доходов от телемедицинских услуг.

Дистанционные консультации в рамках телемедицины, проводимые в целях сбора и анализа анамнеза пациентов, профилактики, мониторинга за состоянием больного и оценки эффективности лечения, за период 2019-2023 года, демонстрируют ежегодный рост с 1,07 млн ед в 2019 году до 6,33 млн ед в 2023 году [3].

Результаты исследования демонстрируют, что частные клиники сталкиваются с рядом экономических сложностей при внедрении телемедицины. Дистанционные консультации «врач-пациент» генерируют доход в 2–3 раза ниже очных приёмов из-за отсутствия сопутствующих услуг: лабораторная диагностика, дополнительные анализы, которые формируют до 70% прибыли в традиционном формате. Средний срок окупаемости телемедицинских проектов в частном секторе составляет 2–5 лет, но сильно варьируется в зависимости от масштаба клиники и прочих факторов [7]. Крупные сети, такие как ГК «Медси», достигают около 25–30% ROI за счёт массового охвата пациентов и интеграции телемедицины в корпоративные программы ДМС [4, 6]. Внедрение автоматизированных платформ для triage-диагностики (предварительная сортировка пациентов) сократило нагрузку на врачей на 20%, что позволило перераспределить ресурсы и увеличить прибыль примерно на 15% [4, 6]. Важным фактором рентабельности является снижение операционных издержек. Телемедицина позволяет экономить до 40% расходов на аренду помещений и логистику [5]. Ежегодные расходы частных клиник на защиту данных составляют 7–10% от общего IT-бюджета [2].

Обсуждение результатов выявляет парадокс: несмотря на рост объёма телемедицинских услуг на 35% в 2023–2024 гг., их доля в общей выручке клиник редко превышает 10% [2]. Это связано с тем, что основные доходы генерируются не за счёт консультаций, а через последующие офлайн-услуги (анализы, процедуры) [1]. Успешные кейсы демонстрируют, что рентабельность достигается при комбинации онлайн-триажа (бесплатные первичные консультации) и платных комплексных чекапов, где доля телемедицины в прибыли составляет примерно 10-18% [5].

В заключение можно утверждать, что интеграция телемедицины в частные клиники РФ остаётся экономически противоречивой. Несмотря на рост спроса и снижение операционных издержек, доля дистанционных услуг в выручке остается не такой большой. Основная прибыль генерируется через офлайн-услуги, что делает онлайн-консультации дополнением, а не заменой традиционного формата. Рентабельность достигается за счёт массового охвата, интеграции в страховые программы и комбинации бесплатного триажа с платными чекапами. Однако для большинства клиник срок окупаемости остаётся высоким (2–5 лет), а расходы на IT-безопасность усложняет масштабирование.

Таким образом, основная финансовая выгода заключается не в прямой прибыли с самой телеконсультации, а в экономии времени врача, снижении нагрузки на физическую инфраструктуру, создании непрерывного цикла взаимодействия с пациентом (диагностика в клинике -> онлайн-наблюдение -> коррекция -> очный визит при необходимости). Телемедицина в частных клиниках эффективна как часть комплексной стратегии и инвестиции в эту технологию окупаются за счет повышения общей эффективности работы бизнеса, а не только за счет прямых продаж онлайн-консультаций.

Список литературы.

1. Анализ рынка телемедицины в России в 2020-2024 гг., прогноз на 2025-2029 гг. // BusinessStat. — М., 2024. — 50 с.

2. Безопасность информационных систем: анализ актуальных угроз // [Электронный ресурс]. — 2025. — (дата обращения: 17.08.2025).

3. Братишко Н.П., Моисеенко А.А. Цифровая трансформация Российской системы здравоохранения // Вестник Московского университета им. С.Ю. Витте. Серия 1:

Экономика и управление. — 2025. — № 1 (52). — С. 19-26. — doi: 10.21777/2587-554X-2025-1-19-26

4. ГК «Медси» увеличила выручку на 20,1% до 24,0 млрд руб. в первом полугодии 2024 года // [Электронный ресурс]. — 2024. — (дата обращения: 17.08.2025).

5. Онлайн-клиника: будущее медицины уже в 2025 году // [Электронный ресурс]. — 2023. — (дата обращения: 17.08.2025).

6. Орешкина А.К. Медицина премиального уровня в России меняет стереотипы требовательных клиентов // [Электронный ресурс]. — 2023. — (дата обращения: 17.08.2025).

7. ROI analysis of custom healthcare software // [Электронный ресурс]. — 2023. — (дата обращения: 17.08.2025).

8. Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ (ред. от 26.05.2021 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 36.2. Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий (введена Федеральным законом от 29.07.2017 N 242-ФЗ).

9. Шадеркин, И. А. Экономические аспекты телемедицины / И. А. Шадеркин // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. — 2021. — Т. 7, № 3. — С. 65-72. — DOI 10.29188/2712-9217-2021-7-3-65-72. — EDN RUZDZR.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПЕДИАТРИИ (АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Солдатова Т.А., Малкина Л.В.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Развитие сестринского дела в России сопровождается в последние десятилетия возникновением множества проблем, предопределяющих необходимость их систематизации и поиска наиболее эффективных путей решения на основе прогрессивных методов управления [6].

Выпускники медицинских вузов должны быть готовы к осуществлению профессиональной деятельности с учетом вызовов современности, решению проблем в условиях неопределенности и огромного информационного потока, составляющего базы данных современного здравоохранения [4]. Вместе с тем, молодым специалистам часто бывает сложно адаптироваться к быстро меняющимся условиям, новым технологиям и усложнению медицинской системы [5].

Осмысление актуальных проблем развития сестринского дела в педиатрии, их анализ и систематизация позволяют будущим специалистам в области сестринского дела подготовиться к осуществлению профессиональной деятельности в детском здравоохранении, способствует адаптации к реальным условиям и формирует способность к самооценке и саморазвитию. В связи с этим, целью исследования стала оценка готовности будущих специалистов к решению актуальных проблем развития сестринского дела в педиатрии на основе применения прогрессивных административно-управленческих технологий.

Материалы и методы исследования.

Материалами исследования стали нормативные акты и научные публикации по теме исследования, результаты социологического опроса. Контент - анализ образовательных и профессиональных стандартов в области сестринского дела позволил обосновать значимость административно-управленческого аспекта в решении актуальных проблем

сестринского дела; анализ современной литературы по теме исследования – определить и систематизировать основные проблемы в развитии сестринского дела в педиатрии; социологический метод позволил на основе анкетирования выявить уровень готовности будущих специалистов к решению актуальных проблем сестринского дела в педиатрии.

Результаты и обсуждение

С 1991 года на базе отечественных медицинских университетов начали открываться факультеты высшего сестринского образования, основной целью которых являлась подготовка специалистов для реформирования сестринского дела в новых социально-экономических условиях [8].

В прошедшие годы происходило переосмысление места сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, роли медицинской сестры-руководителя в решении проблем сестринской службы, что нашло отражение и в основных нормативных актах. В системе образования в 2017 г. был утвержден федеральный государственный стандарт высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», предусматривающий формирование таких общепрофессиональных компетенций, как: способность понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности, применять организационно-управленческую и нормативную документацию в своей деятельности, реализовывать принципы системы менеджмента качества в профессиональной деятельности, проектировать организационные структуры, планировать и осуществлять мероприятия по управлению персоналом, распределять и делегировать полномочия с учетом личной ответственности за осуществляемые мероприятия [1].

В 2020 году вступил в силу профессиональный стандарт «Специалист по организации сестринского дела», содержание которого прямо указывает на необходимость применения административно-управленческих технологий в организации сестринского дела [3]. Стандартом определены основные трудовые функциями медицинской сестры-руководителя, которыми являются:

- организация ресурсного обеспечения сестринской службы медицинской организации,
- организация отдельных производственных процессов,
- управление средним и младшим медицинским персоналом, включая кадровое планирование, организацию и контроль за деятельностью сестринских кадров.

Анализ научных публикаций показал, что при реализации всех вышеперечисленных трудовых функций медицинская сестра-руководитель сталкивается с необходимостью решения широкого спектра проблем.

Так, при организации ресурсного обеспечения в настоящее время существует проблема обеспечения процесса оказания медицинской помощи расходными материалами, лекарственными препаратами, усугубившаяся в последние годы в связи с уходом с российского рынка многих зарубежных компаний-поставщиков в условиях санкционных ограничений. Организация документооборота в медицинской организации также сопряжена с преодолением ряда проблем, связанных не только с обеспечением современной компьютерной техникой и соответствующими технологиями, но и повышением информационной грамотности персонала.

Наибольшее же количество публикаций просвещено проблемам кадрового обеспечения сестринской службы, оказывающим непосредственное влияние на количественные и качественные показатели кадрового потенциала отечественной системы здравоохранения. Речь идёт о падении престижа профессии, низкой трудовой мотивации, высокой интенсивности труда и текучести кадров, быстром профессиональном выгорании.

Вместе с тем, ответственность, возлагаемая на средний медицинский персонал, особенно в педиатрии, имеет тенденцию к росту. Так, в 2020 году был принят

профессиональный стандарт «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях», прямо содержащий требование о наличии высшего сестринского образования [2]. В структуре трудовых действий медицинской сестры наряду с организацией и работой по проведению медицинских профилактических осмотров и скрининг-обследований обучающихся, профилактической работой и оказанию неотложной медицинской помощи присутствует трудовая функция предполагающая организацию сестринского процесса.

Проведенное в рамках исследования анкетирование показало, что будущие выпускники не идеализируют условия осуществления будущей профессиональной деятельности, реалистично оценивая вероятность возникновения разнообразных проблем. В качестве наиболее сложных в поиске решения, респонденты считают кадровые проблемы, выстраивая их в следующую логическую цепочку: (недостаточное финансирование сестринской службы + изменение ожиданий и требований общества к доступности и качеству сестринской помощи) → (низкая оплата труда + высокая ответственность) → недостаток сестринских кадров → повышенная интенсивность труда → (низкая трудовая мотивация + профессиональное выгорание) → рост текучести кадров.

Вместе с тем свыше 71,4% будущих специалистов уверены, что готовы к вызовам и смогут реализовать свое стремление стать хорошими специалистами в сестринском деле в педиатрии, около 28,6% предпочитают профессионально развиваться во взрослом здравоохранении. При этом 57,2% уверенны, что в решении адаптационных проблем им помогут наставники из числа действующего среднего медицинского персонала, 21.4% настроены самостоятельно решать возникающие проблемы путем самообразования и самосовершенствования, 21.4% затруднились с ответом.

Большинство опрошенных (85,7%) отметили значимость блока административно-управленческих дисциплин, направленных на освоение организационных, в том числе инновационных административно-управленческих технологий, в подготовке сестринского персонала с высшим образованием. Все будущие выпускники выразили готовность к прохождению тренингов, направленных на углубление навыков принятия организационных решений, командного взаимодействия и коммуникативной компетентности.

Заключение.

Исследование показало, что в эпоху постоянно обновляющегося огромного информационного потока, изменения социального заказа общества, выражающегося в повышении требований к доступности и качеству сестринской помощи, медицинской сестре необходимо помимо знаний профессиональных обязанностей, обладать навыками быстрой адаптации к изменениям, происходящим в медицине, решению актуальных проблем сестринского дела на основе прогрессивных административно-управленческих технологий.

Эти задачи решаются путём обеспечения качественной подготовки выпускников направления 34.03.01 «Сестринского дела», а также постоянной обучающихся работы над личностным ростом в рамках самооценки и самосовершенствования.

Список литературы.

1. Приказ Министерства образования и науки РФ от 22 сентября 2017 г. № 971 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело» - [электронный ресурс] – режим доступа - URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71681396/ (дата обращения: 12.09.2025)

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. N 481н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях»»

[электронный ресурс] – режим доступа - URL: https://base.garant.ru/74578986/https://base.garant.ru/74578986/ (дата обращения: 13.09.2025)

3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. № 479н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по организации сестринского дела»» - [электронный ресурс] – режим доступа - URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74422142/ (дата обращения: 13.09.2025)

4. Бодров А.В. Высшее сестринское образование: преемственность бакалавриата и магистратуры / А.В. Бодров // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» - 2023. - №1 - [электронный ресурс] – режим доступа - URL: http://healthproblem.ru/magazines?text=988 (дата обращения: 03.10.2025).

5. Иванова Н. В., Смирнов А. П. Современные проблемы и перспективы развития сестринского дела в России / Н.В. Иванова, А.П. Смирнов - М.: МЕДпресс, 2022. - 280 с.

6. Касимовская Н.А. Проблемы организации сестринской службы в современных условиях и направление поиска новых подходов к ее эффективной реорганизации» /Н.А. Касимовская // Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» - №3 - 2010 г - С. 398

7. Петрова Е. В. Современные подходы к организации сестринского дела в педиатрии. - М.: МЕДпресс, 2022. - 280 с.

8. Сакибаева Ш.К. Бакалавриат по направлению «Сестринское дело» в Российской Федерации / Ш.К. Сакибаева // Материалы XIII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» - [электронный ресурс] – режим доступа - URL: https://scienceforum.ru/2021/article/2018025409 (дата обращения: 03.10.2025)

9. Федоров В. М. Оптимизация сестринской помощи в педиатрии: современные направления / В.М. Фролов // Журнал педиатрии. - 2021. - №3, С. 45–52.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НИЗКОГО УРОВНЯ МОТИВАЦИИ ТРУДОУСТРОЙСТВА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И ПОИСК ПУТЕЙ ИХ РЕШЕНИЯ

Халаимова Л. Е., Анохина Ю.М.

ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет имени Николая Ниловича Бурденко" Минздрава России

Важнейшим условием развития системы отечественного здравоохранения является его обеспеченность кадрами. Проблема кадрового дефицита в данной сфере в настоящий момент стоит достаточно остро. Как один из вариантов решения с 2025 года начал свою работу национальный проект «Кадры» в сфере здравоохранения, который направлен на обеспечение отрасли квалифицированными специалистами всех уровней [1]. Наиболее многочисленной кадровой составляющей является средний медицинский персонал, без должной обеспеченности которым невозможно решение задачи оказания населению доступной и качественной медицинской помощи.

Сейчас количество среднего медперсонала в России продолжает снижаться — по итогам 2024 года в государственных и муниципальных медучреждениях таких специалистов насчитывалось 1 176 293 человека, что на 2 тыс. меньше, чем в 2023 году (1 178 322 чел.). Данные представил 27 февраля глава отдела Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава Алексей Солобуев.

Недостаток сестринских кадров и, как следствие, нарушение соотношения врачей к среднему медицинскому персоналу приводят к нарушению равновесия в системе здравоохранения. Это, в свою очередь, ограничивает возможность развития служб, оказывающих услуги по уходу, патронажу и реабилитации.

К сложившейся ситуации приводят многочисленные факторы, среди них: недостаточный уровень заработной платы у среднего медицинского персонала, отсутствие дифференцированного подхода к оплате труда, низкая степень социальной защищенности.

На данный момент Министерство здравоохранения Российской Федерации предпринимает меры для того, чтобы минимизировать дефицит сестринских кадров, привлекая студентов, получивших допуск к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала, стимулируя возможностью получения дополнительных баллов при поступлении в ординатуру. Однако, проблема остается, так как далеко не все обучающиеся выбирают данный вид деятельности.

Таким образом, Целью исследования является проанализировать основные причины низкого уровня мотивации к работе студентов-медиков средним медицинским персоналом и выявить возможные пути решения.

Материалы и методы: Исследование проводилось среди студентов 4-6 курсов медицинских университетов Российской Федерации. Всего было собрано 692 заполненных деперсонифицированных (анонимных) анкеты.

Результаты и их обсуждение: проведена оценка 692 анкет, что представляет собой достаточную референтную выборку. Из всех опрошенных на данный момент трудоустроены 48,7% (337 человек). Стоит отметить, что из всех опрошенных 17% (118 человек) даже не получили допуск к осуществлению медицинской деятельности средним медицинским персоналом, указав следующие причины: «Не собираюсь работать в здравоохранении», «Не смог пройти аттестацию», «Трудности в совмещении с учебной деятельностью». На вопрос «Возникали у вас проблемы при поиске работы средним медицинским персоналом?», ответ «да» указали 25,5% (86 человек). Среди указанных проблем лидирующие позиции заняли следующие:

«Работодатель отказывается трудоустраивать студентов» - 41%

«В медицинской организации нет свободных вакансий» - 22%

«График работы неудобен для совмещения с учебной деятельностью (работа в первую смену)» - 18,6%

«Не берут без опыта работы» - 10,4%

«Низкая заработная плата, неудовлетворительные условия труда» - 8%.

Выводы: анализ причин и низкого уровня мотивации студентов старших курсов медицинских вузов к работе на должности среднего медицинского персонала позволяет не только сформировать представление о проблемах, имеющихся при трудоустройстве студентов, но также дает возможность работодателям понять проблемы и разработать способы ее решения. Исследование показывает, что проблема дефицита кадров в здравоохранении на сегодняшний день стоит остро и требует принятия дополнительных мер по ее решению. Для увеличения численности медицинского персонала необходимо уже со студенчества доносить важность работы в медицинской сфере, повышать мотивацию и улучшать условия труда.

Список литературы.

1. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Доступен по: https://base.garant.ru/71848440/ (дата обращения 15.11.2021).

ВОЗМОЖНОСТИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОЗНИЧНОЙ АПТЕКИ

Хорунжая А.А., Умаров С.З.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России

Стремление к повышению экономической эффективности фармацевтического бизнеса в условиях нестабильной рыночной ситуации и высокой конкуренции требует от субъектов обращения лекарственных средств внедрения современных подходов к организации своей деятельности [1].

Эффективное управление процессами розничных продаж фармацевтических товаров позволяет современному фармацевтическому предприятию ускорять товарооборот за счет уменьшения излишков фармацевтических товаров, снижать риски возможных убытков в связи с истечением сроков годности фармацевтических товаров, минимизировать расходы на хранение динамических запасов фармацевтических товаров, что приводит к росту показателей эффективности его экономической деятельности. Однако достижение требуемого уровня эффективности невозможно без овладения современными технологиями управления, в основе которых лежит комплексная обработка данных, характеризующих ключевые бизнес-процессы [2,3].

Цель работы заключается в обосновании роли аналитических платформ в формировании модели динамических показателей субъектов фармацевтического ретейла.

Материалы и методы. В качестве методологической основы настоящего исследования была использована отечественная аналитическая платформа Loginom. Настоящее исследование проводилось на базе апостериорных материалов предоставленных аптечными организациями, принадлежащими г. Санкт-Петербург. Методология проведения настоящего исследования включала общенаучные (контент-анализ, сравнение, эксперимент, системный анализ) и специальные (алгоритмизация, моделирование, low-code - программирование, консолидации, оптимизации данных и прогнозирование) методы.

Результаты и обсуждение. Товарный запас организации фармацевтического ретейла представляет собой сложное явление, вызванное сочетанием характеристик входящего и выходящего материальных потоков, поэтому для описания состояния запаса необходимы количественные характеристики, разносторонне описывающие данный аптечный актив[4].

Исходя из возможностей аналитической low-code платформы Loginom, представляющей визуальный конструктор, который позволяет настроить все процессы анализа (интеграция, подготовку данных, моделирование, визуализация и др.) удалось разработать сценарий для определения показателей фармацевтической деятельности с учетом динамического фактора времени. Для определения значений динамических показателей фармацевтической деятельности в качестве исходных данных были использована информация с контрольно-кассовых машин (ККМ), о реализации товаров. Предоставленный датасет включал сведения о 15790 транзакциях за март-май месяцы текущего года.

Полученные в ходе проведенного исследования показатели позволили выявить особенности динамики недельной нагрузки на фармацевтическую деятельности, стабильность числа товарных позиций в одной покупке (чеке), а также особый характер динамики среднего чека в разрезе рабочих часов, что позволяет менеджменту оперативно реагировать на изменения процесса реализации аптечных товаров[5].

Реализация разработанного сценария по оценке критериев фармацевтической деятельности и определения состояния запасов фармацевтических товаров позволит совершенствовать лекарственное обеспечение населения в рамках организаций фармацевтического ретейла при помощи оригинального решения.

Заключение. Разработанный сценарий направлен на адаптацию новых течений в области бизнес-аналитики, доступность апробации новых релизов и новых программных продуктов практически в режиме реального времени . Кроме того такая возможность создания собственных моделей анализа данных самостоятельно силами фармацевтических работников позволяет придать им дополнительную уверенность в собственной оценке как высококвалифицированного специалиста.

Список литературы.

1. Дмитришак М. В. Экономический анализ в деятельности аптечной организации. Критерии финансовой стабильности. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2020. 4(25). С. 3-15.

2. Евстратов, А.В., Халатян С.Г. Обоснование применения логистического подхода в управлении материальными потоками на фармацевтическом рынке. Известия Волгоградского государственного технического университета. 2018. 10(220). С. 44-48.

3. Занина, И. А. Современные технологии бизнес-аналитики как инструмент для повышения конкурентоспособности аптечной организации. Прикладные информационные аспекты медицины. 2019. 4(22). С. 69-76.

4. Прокопенко, Н. Ю. Применение Loginom для оптимизации процессов управления товарными запасами предприятий малого и среднего бизнеса / Н. Ю. Прокопенко, Д. В. Тришин // Межвузовский сборник статей лауреатов конкурсов : Сборник статей. Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет, 2021. – С. 216-222.

5. Умаров С.З., Голубенко Р.А., Хорунжая А.А., Фролов Л.Э. Возможности аналитической платформы в области моделирования количественных параметров функционирования розничной аптеки // М Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 2. – С. 143-159. – http://dx.doi.org//10.24412/2312-2935-2025-2-143-159.7.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РСО-АЛАНИЯ В КОНТЕКСТЕ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Чивиев А.Ч., Кантемирова М.А.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Современные социально-экономические тенденции России обусловливают необходимость совершенствования системы здравоохранения, что напрямую связано с развитием человеческого капитала. Однако в региональном секторе здравоохранения по-прежнему отмечаются дефицит кадров первичного звена, низкая мотивация медицинских работников, рост числа платных услуг и недостаточное ресурсное обеспечение лечебных учреждений [1-3]. С целью решения данных проблем в 2019 году был инициирован

национальный проект (НП) «Здравоохранение», включающий 9 федеральных программ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи [4, 5]. В этом контексте актуальным является исследование хода реализации данного нацпроекта в РСО-А и оценка достигнутых результатов.

Цель исследования - анализ системы медицинского обслуживания РСО-Алания в период 2020-2023 гг. через призму реализации национального проекта «Здравоохранение».

Материалы и методы. Исследование основано на данных Федеральной службы государственной статистики (ЕМИСС) и портала бюджетной системы РФ «Электронный бюджет» [6]. Анализ проводился с применением методов статистической обработки данных, включающих расчет относительных отклонений показателей, с использованием программного обеспечения MS Excel 2016 и SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. Детальный анализ доступности первичной медико-санитарной помощи демонстрирует значительное улучшение охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией. В период с 2021 по 2023 гг. доля граждан, ежегодно проходящих диспансеризацию в РСО-А, увеличилась на 54%, что превышает среднероссийские темпы роста. Внедрение новой модели организации медицинской помощи привело к увеличению количества поликлиник, модернизированных в рамках федерального проекта, на 27% в 2023 году. Реализация программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями обеспечила устойчивое снижение смертности от болезней системы кровообращения. В РСО-А данный показатель сократился на 16%, что существенно выше, чем в среднем по стране. Развитие кардиологических центров и внедрение современных методов диагностики сыграли ключевую роль в улучшении ситуации. Федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями продемонстрировал значительное повышение выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях. Доля пациентов, у которых рак диагностирован на I-II стадиях, увеличилась на 8%, что свидетельствует об успешной работе референс-центров и внедрении современных методов скрининга. Кадровое обеспечение здравоохранения остается острой проблемой, особенно в сегменте первичной медико-санитарной помощи. В 2021 году наблюдалось снижение укомплектованности врачами на 1%, однако последующие годы показали рост: в 2022 году на 8%, а в 2023 году на 3% по сравнению с 2020 годом. В фельдшерско-акушерских пунктах отмечен рост числа специалистов на 10%, что позитивно сказывается на доступности медицинской помощи в сельских районах. Детская смертность по сей день остается вызовом для региональной системы здравоохранения. В 2021-2022 гг. наблюдалось увеличение данного показателя, однако уже в 2023 году смертность среди детей сократилась на 15% по сравнению с предыдущим годом. Современная инфраструктура детских медицинских учреждений достигла 100% обеспеченности, что создает основу для дальнейшего улучшения показателей детского здоровья.

Выводы:

1. Проведенный ретроспективный анализ указал на необходимость дальнейшего повышения эффективности системы здравоохранения необходима интеграция цифровых технологий, разработка новых образовательных программ для медицинских специалистов и совершенствование профилактических стратегий.

2. Только комплексный подход, включающий совершенствование управленческих решений и усиление финансовой поддержки, позволит достичь устойчивых положительных изменений и обеспечить доступную, качественную медицинскую помощь для всех групп населения.

Список литературы.

1. Агамов З.Х., Азиатцева Е.В., Дороншоева Д.А., Савзиханов Р.Т. Основные тренды обеспечения медицинскими кадрами государственной системы здравоохранения

Российской Федерации / З.Х. Агамов, Е.В. Азиатцева, Д.А. Дороншоева, Р.Т. Савзиханов // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2024. – Т. 14, № 3. – С. 151-155.

2. Бадмаев А.В., Мункуева И.С. Анализ национального проекта «Здравоохранение» (2019-2024 гг.) / А.В. Бадмаев, И.С. Мункуева // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2021. – № 1-4(69). – С. 56-61.

3. Кантемирова М.А., Чивиев А.Ч., Гаглоева М.В., Хадарцев А.Ч., Бедоева Д.С. Сравнительный анализ тенденций развития системы медицинской помощи в регионах СКФО/ М.А. Кантемирова, А.Ч. Чивиев, М.В. Гаглоева, А.Ч. Хадарцев, Д.С. Бедоева // Альманах Крым. – 2024. – №46 – С. 13-23.

4. Лапыгин Ю.Н. Кластерный подход в реализации национального проекта «Здравоохранение» в регионе / Ю.Н. Лапыгин, Е.А. Ковалев // Управленческое консультирование. – 2021. – № 3(147). – С. 80-89.

5. Полухина М.Г. Перспективы развития сельского здравоохранения в условиях реализации Национального проекта «Здравоохранение» / М.Г. Полухина // Экономика сельского хозяйства России. – 2020. – № 10. – С. 93-99.

6. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). Режим доступа: https://www.fedstat.ru.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ ЯВЛЕНИЕ XXI ВЕКА

Шарафан Е.А., Малкина Л.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Высокий уровень заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний является серьезной медицинской и социально-экономической проблемой, приковывающей внимание ученых всего мира. Совместное исследование, проведенное представителями НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова и Университета Тампере в Финляндии, Международного агентства по изучению рака ВОЗ, свидетельствует об увеличении экономических потерь России под влиянием роста злокачественных заболеваний. Так, по оценкам исследователей экономические потери общества выросли с 6,5 млрд долл. в 2001–2005 гг. до 8,1 млрд долл. в 2011–2015 гг., что эквивалентно 0,24 % от ежегодного ВВП. К сожалению, несмотря на предпринимаемые государством меры, к 2030 г. этот показатель, по оценкам экспертов, останется на высоком уровне и составит 7,5 млрд. долл. или 0,14 % от ВВП [5].

Помимо тяжелых социально-экономических последствий, возникающих по отношению к обществу в целом, связанных с расходами государства на организацию лечебно-диагностической помощи онкологическим больным, реабилитацию, организацию паллиативной помощи, социальными выплатами по временной нетрудоспособности и инвалидности, потерями ВВП от снижения производительности труда и т.д., необходимо помнить о негативных последствиях для эмоционального состояния и материального обеспечения каждого пациента и членов его семьи. Специалисты отмечают, что «у человека с плохим здоровьем отмечаются снижение социальной, трудовой и экономической активности, рост уровня заболеваемости будущих поколений» [1].

При этом ранее выявление, своевременное лечение и устранение факторов риска онкологических заболеваний значительно увеличивают вероятность положительного. Важную роль в профилактике онкологических заболеваний играет средний медицинский

персонал, что предопределило цель исследования – обоснование вклада среднего медицинского персонала в борьбу с ростом злокачественных заболеваний на основе активизации профилактического компонента сестринской деятельности.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования стали научные публикации по теме исследования, статистические данные об уровне заболеваемости онкологическими заболеваниями по данным Росстата и результатам независимых исследований.

В исследовании применялись общенаучные методы познания, а также метод статистической обработки эмпирических данных.

Результаты и обсуждение

Анализ научных публикаций по теме исследования показал, что отечественные и зарубежные ученые рассматривают рост социально значимых заболеваний в качестве одной из самых больших угроз для здоровья населения, создающих серьезные экономические проблемы, сдерживающие меры по укреплению благосостояния народа, в особенности по части борьбы с бедностью, тормозящие процесс повышения благосостояния народа [1, 2, 4, 5].

Исследователи отмечают такие ключевые характеристики «социальных болезней» как: способность к широкому распространению (массовость); зависимость возникновения и (или) распространения от социально-экономических условий жизни населения и колоссальный ущерб для общества, связанный с временной потерей трудоспособности и стойкой утратой трудоспособностью и инвалидностью), необходимостью существенных затрат на профилактику, лечение и реабилитацию. Авторы утверждают, что «заболевания, относящиеся к данной категории, не только разрушают организм человека, но и несут за собой отрицательные социальные последствия: потерю семьи, друзей, работы, средств существования и другие» [1].

Злокачественные новообразования занимают второе место в структуре смертности в России и внесены в перечень социально значимых заболеваний, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации N715 от 1 декабря 2004 года [3]. Согласно данным Росстата (https://rosstat.gov.ru), количество онкологических больных увеличивается из года в год. Так, численность взятых на учет больных в 2000 г. составляла 427,5 тыс.чел.; за пять лет численность больных по сравнению с 2000 годом увеличилась на 3,6% и составила в 2005 г. 442,9 тыс.чел.; в 2010 г. прирост за пять лет составил 8,3%, численность больных – 479,5 тыс.чел.; в следующие 5 лет прирост составил 9,3%, численность достигла 524,3 тыс.чел. Отчасти такая тенденция объясняется развитием диагностических технологий, позволяющих выявлять онкологические заболевания на ранних стадиях заболевания. Численность больных, взятых на учет в 2020 году составила 471 тыс.чел., что на 10% ниже, чем в 2015 году. Однако, именно в этот период общество столкнулось с возникновением и стремительным распространением новой коронавирусной инфекцией COVID-19, возможности ранней диагностики онкологических заболеваний и постановка на учет онкобольных существенно сократились. По данным за 2023 год численность взятых на учет больных стремительно выросла: по сравнению с 2020 годом количество больных выросло более, чем на 20 % и составила 566,0 тыс.чел.

Особенностью злокачественных новообразований является его бессимптомное протекание в течение длительного времени. Многие пациенты обращаются за медицинской помощью лишь тогда, когда начинают ощущать физическое недомагание и часто диагноз «рак» воспринимается пациентами и их близкими как приговор. Вместе с тем, все социально значимые заболевания имеют модифицируемые факторы риска, знание которых играет большую роль в осуществлении их профилактики. По утверждению специалистов, около трети случаев смерти от онкологических заболеваний обусловлены

модифицируемыми факторами риска; четыре модифицируемых фактора риска являются причиной 70 % случаев предотвратимых злокачественных новообразований [2].

В связи с этим, особого внимания заслуживает активизация работы по профилактике злокачественных образований, которая должна стать одним из ключевых направлений работы среднего медицинского персонала в современных условиях. Анализ работы Школы здоровья в онкологическом диспансере позволил выявить следующие направления просветительской работы сестринского персонала в области вторичной профилактики онкологических заболеваний:

- формирование приверженности здоровому образу жизни – медицинская сестра аргументирует необходимость отказа от вредных привычек (курение повышает риск развития рака легкого в 10–20 раз, оно способствует развитию лейкоза, рака ротовой и носовой полости, поджелудочной железы, печени, желудка, шейки матки, почек, толстой кишки и мочевого пузыря),

- формирование навыков мониторинга собственного здоровья – медицинская сестра объясняет необходимость поддерживать нормальный вес (у людей с ожирением чаще развивается рак молочной железы, простаты, лёгкого, толстой кишки, поджелудочной железы, эндометрия, пищевода и почек), регулярных физических нагрузок, защиты от вирусных заболеваний, передающихся парентеральным и половым путем (вирусных гепатитов, вируса папилломы человека, вирус герпеса). Пациенту рекомендуется избегать длительного пребывания на солнце (ультрафиолетовое излучение приводит к генетическим мутациям и влияет на иммунную систему, подавляя её способность противостоять новым раковым клеткам).

Медицинская сестра информирует пациентов и его родственников о том, что сочетание факторов риска существенно повышает смертность от онкологических заболеваний.

Заключение.

Онкологические заболевания являются социально значимыми по ряду признаков:

1) массовость заболевания – данная патология характеризуется высоким процентом распространения среди населения, в том числе значительного количества так называемых «скрытых» больных;

2) высокие темпы прироста онкобольных в современной России;

3) ограничение полноценного функционирования больного в социуме.

Усиление профилактического компонента в деятельности среднего медицинского персонала, активное информирование пациентов и членов их семьи о реализуемых программах оздоровления населения является перспективным инструментом в борьбе со злокачественными новообразованиями. Медицинская сестра обучает пациентов формуле здорового образа жизни, неотъемлемой чертой которого является мониторинг собственного здоровья, отказ от вредных привычек, правильное питание и двигательная активность, направленная на сохранение и улучшение здоровья.

Список литературы.

1. Будилова Е. В., Мигранова Л. А. Распространение социально значимых болезней и борьба с ними в России / Е.В. Будилова, Л.А. Мигранова // Народонаселение. - 2020. - №2. – С.85-95.

2. Концевая А. В. и др. Экономический ущерб онкологических заболеваний, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска / А. В. Концевая, Ю. А. Баланова, А. О. Мырзаматова, М. Б. Худяков, Д. К. Муканеева, О. М. Драпкина // Анализ риска здоровью. - 2020. - №1. – С.133-139.

3. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями) - [электронный ресурс] – режим доступа – URL:

https://base.garant.ru/12137881/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/ (дата обращения – 14.09.2025)

4. Пулатов К. Дж. И др. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний / К. Дж Пулатов, А. А. Абдуалимов, Р. И. Махмудова, Р. Ф. Бобозода // Здравоохранение Таджикистана. - 2021. - С.78-80.

5. Сукманов К. Э. и др. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Влияние условий и образа жизни на заболеваемость онкологическими заболеваниями / К. Э. Сукманов, А. Д. Мамедова, Б. М. Гришанин, В. Д. Тихонова // Молодой ученый. — 2024. — № 2 (501). — С. 396-399

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Шарбабчиев В.А., Алексеева Н.В.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

В настоящее время ситуация в современной системе здравоохранения является сложной в связи с изменениями привычных организационных структур и методов управления. Актуальность выбранной темы заключается в том, что в отрасли отмечается значительная нехватка медицинского персонала, что обусловливает необходимость формирования системы подготовки кадров для здравоохранения и их профессионального развития, которая была бы основана на экономических стимулах и социальных гарантиях, необходимых для повышения качества медицинской помощи и выявлении проблем, связанных с разработкой кадровой политики в сфере здравоохранения.

Цель данной работы состоит в том, чтобы изучить основные проблемы подготовки кадров для здравоохранения и их профессионального развития.

Одна из основных проблем российского здравоохранении заключается в достаточно низком уровне планирования кадров. Кадры здравоохранения – это потенциал отрасли, который требует длительной профессиональной подготовки и постоянного развития. Особенность медицинских кадров в том, что для них требуется длительная подготовка и постоянное профессиональное развитие.

«Кадровая политика в организациях системы здравоохранения в целом, и дефицит медицинских кадров, в частности, – как приоритетная проблема, требуют выявления актуальных направлений деятельности по обеспечению эффективной организации процесса сохранения и обновления качественного и численного персонального состава, согласно существующим потребностям» [1, с. 199].

Одна из задач кадровой политики состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом отрасли, которая будет основана на рациональном планировании подготовки и трудоустройства кадров. Использование современных образовательных технологий, позволяющих обеспечить органы учреждения здравоохранения персоналом, который будет способен на профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской помощи так же является важной проблемой.

К объективным причинам дефицита квалифицированных кадров можно отнести отсутствие в достаточном количестве квалифицированных специалистов гражданской и муниципальной службы. Также стоит учитывать возросшую конкуренцию на рынке труда. К субъективным причинам относят низкую мотивацию молодых людей к поступлению на

службу и существующее сопротивление к найму молодежи со стороны бюрократического аппарата.

Действительно уровень подготовки медицинского состава органов здравоохранения влияет на качество медицинского обеспечения. И проведенный анализ подготовки кадров и повышения квалификации кадров в здравоохранении показал следующие проблемы:

1. Отмена интернатуры лишила возможности выпускников медицинских вузов получить опыт на практике, во время работы в медицинских учреждениях. Раньше интернатура давала выпускникам медицинских ВУЗов получать практические навыки, под руководством опытных врачей. И через год они могли самостоятельно лечить больных. Стажировка позволяла выпускникам получать практические навыки и ознакомиться с работой в различных подразделениях, она чаще всего была бесплатной. Стажировка была возможностью на практике подготовиться к режиму работы врача, после чего можно начать собственную медицинскую практику.

2. Отмена стажировок и введение ординатуры привело к серьезной проблеме. В каждом учебном заведении мест в ординатуре хватает примерно на 20% выпускников. Несмотря на ежегодное увеличение числа выпускников медицинских учреждений, мест в ординатуре становится все меньше. И выпускники будут либо работать терапевтом в медицинском учреждении первичного звена, либо не будут работать по профессии после многолетнего обучения.

3. Система непрерывного медицинского образования имеет следующие аспекты, негативно влияющие на работу медицинских учреждений:

- врачи, имеющие несколько специальностей, ограничены в своих возможностях продолжать свою работу, и такие специалисты жизненно необходимы в сложных условиях здоровья;

- нарушается право на отдых, что актуально в условиях кадрового дефицита, вынужденной сверхурочной работы вне обычного рабочего времени.

- работающие пенсионеры, которые в настоящее время частично решают проблему кадрового дефицита, могут быть демотивированы новой сложной и неудобной системой повышения квалификации рабочей силы.

- отсутствие бюджетных мест в новой системе вынуждает медицинских работников проходить обучение за свой счет, работодатель не предусматривает обязательных механизмов возврата средств, что нарушает трудовое законодательство [3, с. 22-23].

С целью совершенствования системы подготовки кадров и профессионального развития персонала в медицинских организациях:

1. Требуется восстановление института интернатуры. Необходимо вернуть медицинское образование к старой системе, которая включает в себя шесть лет обучения в институте, один год интернатуры или два года ординатуры. Пройдя все эти этапы, студент-медик может выбрать узкую специализацию и продолжить там обучение.

2. Необходимо увеличить в два раза количество бюджетных мест в ординатуре. Это позволит частично решить проблемы нехватки узких специалистов в учреждениях здравоохранения.

Непрерывное профессиональное развитие врачебного персонала должно быть направлено на непрерывное совершенствование их профессиональных знаний, умений и навыков, непрерывное профессиональное развитие и расширение компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

Таким образом, обеспечение учреждений здравоохранения персоналом, способным повышать качество медицинской помощи, является актуальной задачей, в решении которой существенную роль играет организация деятельности кадровых служб. Благодаря их работе создаются методики для подготовки кадров, которые помогают решить одну из главных проблем здравоохранения – нехватку кадров.

Изучив основную проблему и методики подготовки кадров, мы пришли к выводу, что при внесении некоторых изменений в систему подготовки кадров, а также улучшении старых методик можно значимо поднять уровень подготовки и исключить многие проблемы в системе набора кадров.

Список литературы.

1. Елизарова Л.И., Лымарева О.А. «Кадровая политика медицинских организаций в условиях дефицита высококвалифицированных работников»// Экономика и бизнес: теория и практика, 2021. с.198-201.

2. Карпанов О.Ф., Мусаев М.М. «Направления совершенствования профессионального развития персонала в медицинских организациях на региональном уровне»// Деловой вестник предпринимателя, 2022. С. 20-25.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОВЫШЕНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

Шумакова В.В., Малкина Л.В.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Одним из сложившихся в настоящее время подходов к определению человеческого капитала является определение структуры характеристик населения или совокупности качеств, определяющих производительность человека, его способность создавать социальное, личное и национальное благосостояние [5]. Особую значимость при таком подходе имеет так называемый капитал здоровья – структурный элемент человеческого капитала, основывающийся на инвестициях в человека с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности [4].

По мнению отечественных исследователей одним из наиболее важных периодов с точки зрения формирования капитала здоровья является первый год жизни, самый ответственный и важный для становления и развития всех органов и систем организма ребенка. Именно в этот период жизни происходит биологическое приспособление ребенка к окружающей среде, формирование иммунитета, состояние здоровья и др. [1].

Одним из эффективных инструментов раннего выявления отклонений в состоянии здоровья и профилактики заболеваний у грудных детей выступает диспансеризация, которая позволяет оценить развитие ребенка, своевременно провести коррекцию и определить пути дальнейшего наблюдения. Важную роль в реализации основных задач диспансеризации играет средний медицинский персонал. В связи с этим, целью исследования стало обоснование вклада сестринского персонала в формирование капитала здоровья, как одного из структурных элементов человеческого капитала, на основе диспансеризации детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования стали научные публикации по теме исследования, статистические данные результатах диспансеризации детского населения на примере Ставропольского края.

В исследовании применялись общенаучные методы познания, а также контент-анализ нормативной документации по вопросам диспансеризации несовершеннолетних.

Результаты и обсуждение

Одним из важнейших элементов, формирующих человеческий капитал, является капитал здоровья. В частности, в итоговом документе Европейской конференции

статистиков констатируется, что человеческий капитал может быть увеличен за счет вложений в образование, здравоохранение и профессиональную подготовку.

Формирование данной формы человеческого капитала основывается на экономически целесообразных и общественно полезных инвестициях, которые осуществляются с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Первенство в выделении капитала здоровья как формы человеческого капитала принадлежит американскому экономисту М. Гроссману, подход которого базировался на нескольких положениях [7]:

1) каждый человек одновременно является производителем и потребителем капитала здоровья;

2) здоровье является элементом функции полезности индивида, во многом определяя уровень его доходов;

3) величина капитала здоровья, определяющего продолжительность жизни человека, представляет собой результат решения задачи максимизации полезности в условиях наличия ресурсных ограничений.

Капитал здоровья характеризуется рядом ключевых особенностей, таких как:

- невозможность приобретения либо полного восстановления здоровья в течение краткосрочного периода при одновременном риске его мгновенной потери вследствие проявления определенных чрезвычайных обстоятельств;

- наличие определенных предельных барьеров, выше которых повысить уровень здоровья не представляется возможным по причинам, обусловленным наследственными факторами либо предрасположенностью к конкретным заболеваниям;

- здоровье продолжает оставаться формой человеческого капитала и в случае отсутствия его реализации в процессе трудовой деятельности.

Таким образом, здоровье является базовым компонентом человеческого капитала, определяет продолжительность его использования, возможность в полной мере задействовать человеком его способности.

Формирование капитала здоровья начинается ещё до рождения ребенка – перинатальный период считается одним из важнейших этапов онтогенеза, определяющих как жизнеспособность новорожденного, так и состояние здоровья человека в отдаленном будущем [3]. Следующий период – младенчество – самый ответственный и сложный период жизни ребёнка. Именно в этот период его жизни закладывается фундамент, основа физического развития ребенка, а значит, и его будущее здоровье [1].

Основой оказания медицинской помощи детям первого года жизни является система регулярных наблюдений за детьми – диспансеризация. Мероприятия, осуществляемые в рамках диспансеризации, направлены на рост и правильное физическое и нервно-психическое развитие ребенка и предупреждение риска развития патологических состояний.

Основными методологическими принципами диспансерного наблюдения на первом году жизни являются:

1) сплошной охват детей, проживающих в районе обслуживания, единство профилактической и лечебной работы участкового педиатра;

2) дифференцированное наблюдение за детьми и профилактические, оздоровительные, лечебные меры в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка;

3) ведущая роль районной детской поликлиники в диспансерном наблюдении при широком вовлечении консультативных центров; преемственность между учреждениями различного профиля в обследовании и ведении детей;

4) прогностический подход при оценке возможностей ближайшего и отдаленного уровня здоровья и развития ребенка;

5) внедрение новых нетравматичных методов доклинической диагностики и компьютерного мониторинга (комплексные автоматизированные системы) медицинских осмотров и динамики показателей здоровья детей [6].

Анализ практики проведения диспансеризации детского населения на примере Ставропольского края свидетельствует о её активном проведении: с начала по май 2025 года диспансеризацию и профилактические осмотры прошли 223 тыс.детей, что составило 40,5% от запланированного количества [2]. Организация диспансеризации включает формирование поименных списков детей для обследования, составление календарных планов, проведение обследований в поликлиниках по месту жительства, и ведение учета прохождения процедуры. В Ставропольском крае диспансеризация проводится бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Медицинские учреждения проводят комплекс обследований, включая лабораторные анализы, консультации у педиатров и других специалистов в соответствии с возрастом, с целью раннего выявления заболеваний и профилактики.

Контент-анализ нормативной документации позволил выделить ряд функций, осуществляемых средним медицинским персоналом в рамках диспансеризации. Так, медицинская сестра участкового врача-педиатра контролирует сроки проведения диспансеризации, пригашает родителей на осмотры; участвует в сборе анамнеза, проводит анкетирование, оценку осанки, слуха, антропометрию; контролирует выполнение лабораторных и инструментальных обследований; ведет медицинскую документацию; реализует патронаж и регулярное посещение на дому для оценки условий проживания младенца, обучения родителей правилам ухода, питания, закаливания и профилактики заболеваний.

Заключение.

Социально-экономическая значимость диспансеризации состоит в снижении затрат на лечение хронических заболеваний в будущем, сокращении детской инвалидности и повышении уровня здоровья населения, что в конечном итоге способствует росту производительности и устойчивости национальной экономики. В данном контексте возрастает роль медицинской сестры как ключевого звена в организации и реализации программ диспансерного наблюдения детей первого года жизни.

Медицинская сестра не только осуществляет практическое сопровождение детей и их семей, но и выполняет важную просветительскую, профилактическую и аналитическую функции, направленные на формирование ответственного отношения родителей к здоровью ребенка. Вклад сестринского персонала в охрану здоровья детей раннего возраста обеспечивают максимальную отдачу для развития человеческого потенциала страны, ведь ранние успешные стартовые условия, реализуемые с помощью сестринского патронажа, формируют прочную основу для социального и профессионального успеха в будущем.

Список литературы.

1. Гаврилин Г.Н. Состояние и основные направления улучшения качества профилактической работы с детьми первого года жизни в амбулаторных условиях / Г.Н. Гаврилин // магистерская диссертация по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» - СПб: Педиатрический медицинский университет. – 2020. – 83 с.

2. Диспансеризация Ставропольского края. Более 220 тыс. детей прошли диспансеризацию - [электронный ресурс] – режим доступа URL: https://myseldon.com/ru/news/index/330018840 (дата обращения 15.09.2025)

3. Завьялов О.В. и др. Роль перинатальной охраны внутриутробного ребенка в сохранении здоровья нации / О.В. Завьялов, И. В. Игнатко, А. Н. Стрижаков, И. Н. Пасечник, М. А. Карданова // ПФ. - 2023. №3. – С.274-281

4. Прохорова В.В., Медведева О. В. Капитал здоровья как первооснова человеческого капитала / В.В. Прохорова, О. В. Медведева // Вестник Адыгейского государственного университета. - Серия 5: Экономика. - 2019. -№3 (245). – С.84-92.
5. Щемелев С. Н. и др. Человеческий капитал: определение и практическая значимость / С. Н. Щемелев, Е. М. Коликова, А. А. Хохлов, Л. И. Шумаева // Финансовые исследования. - 2024. - №1 (82). – С.80-88.
6. Яцык Г.В. и др. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г.В. Яцык, И.А. Беляева, Е.П. Бомбардирова, Р.С. Зайниддинова, И.В. Давыдова, Т.В. Турти, С.Б. Лазуренко, С. Б. Одинаева Н.Д. // Российский педиатрический журнал. - 2012. - №2. –С. 22-26.
7. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health / M. Grossman // The Journal of Political Economy, 1972:80(2);223-255. DOI: 10.1086/259880.

ЭКОНОМИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шуров А.А., Алексеева Н.В.
ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность выбранной темы заключается в необходимости анализа факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи. Если медицинская помощь будет некачественной, то поддержать и восстановить здоровье человека, вряд ли станет возможным, а вероятнее всего, будет достигнут противоположный результат, поэтому важно следить за качеством медицинской помощи.

Цель исследования заключается в том, чтобы рассмотреть вопросы оценки качества медицинской помощи и особенности управления качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения.

Недовольство системой здравоохранения – одна из самых популярных тем для обсуждения, как в официальных выступлениях, так и в неформальных беседах, интернет-чатах. Казалось бы, источник недовольства пациентов действительно надо искать в особенностях осуществления профессиональной врачебной деятельности. Однако такой взгляд представляется упрощенным. Формирование профессиональных качеств, определение объективных и субъективных приоритетов и особенностей технологий профессиональной деятельности происходит в рамках профессиональной культуры медицинского работника в целом и врача в частности.

Несомненно, качество отражает условия оказания качества медицинской помощи. К понятию «условия» можно отнести квалификацию кадров, наличие и состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение и др. Важнейшим элементом этих подходов являются профессиональные качества, технологии поведения медицинских работников. Особое значение имеет оценка качества оказания медицинской помощи.

«Концепция бережливого производства, изначально разработанная для производственной сферы, может достаточно эффективно применяться и в здравоохранении. Универсальность и комплексность инструментов бережливых технологий позволяет решать разные по масштабу и сложности задачи в сфере оказания медицинских услуг в условиях ограниченности ресурсов. Задачу системных улучшений в здравоохранении целесообразно решать с применением такого инструмента бережливого производства, как стандартизация. Социальные аспекты здоровья населения суть которого заключается в фиксации достигнутых результатов и дальнейшем улучшении уже

стандартизованного процесса. Метод стандартизации может быть использован на разных уровнях управления, от внутренних процессов отдельных медицинских организаций до системного, отраслевого применения. Внедрение бережливого производства и стандартизации в здравоохранении является предметом изучения широкого круга зарубежных и отечественных исследований, активно осуществляется региональными органами власти» [2, с. 4-12].

Анализ литературных источников показал, что указанные методы позволяют повысить не только организационную, но и клиническую эффективность в достаточно короткие сроки. На уровне организации необходимо разрабатывать собственные (использовать лучшие практики) стандартные операционные процедуры, на уровне системы здравоохранения – единые требования (региональные стандарты) к организации видов медицинской помощи.

«Методологические аспекты оценки медицинской помощи» выделено, что «прежде чем перейти к вопросам оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, необходимо упомянуть критерии надлежащего качества оказания медицинской помощи: 1) правильное и своевременное выполнение обязательных требований в сфере охраны здоровья; 2) отсутствие рисков, касающихся возникновения нежелательных событий для жизни и здоровья граждан в момент оказания им медицинской помощи; 3) рациональное использование материально-технической базы – медицинской продукции, затраченной на медицинскую деятельность; 4) удовлетворенность граждан медицинскими услугами. Достижение высокой эффективности процессов управления качеством медицинской помощи не всегда связано с самим лечебно-диагностическим процессом, и дефекты оказания медицинской помощи возникают по различным причинам: – объективным – отсутствие достаточного научного развития медицины в целом, материально-технической базы, атипичность клинической картины заболевания либо запущенность патологического процесса самим пациентом, тяжесть болезненного состояния больного, что снижает возможность осуществления надлежащей диагностики и последующего лечения; – субъективным – отсутствие необходимых знаний, навыков и умений диагностики и лечения либо неумение их применять в своей практике, ненадлежащим образом сформированное клиническое мышление, которое не может позволить медицинскому работнику прийти к правильному лечебно-диагностическому поиску на основании имеющейся информации об анамнезе болезни либо возникшего болезненного состояния» [3, с. 44-53.]

Отсутствие необходимых знаний, навыков и умений диагностики и лечения либо неумение их применять в своей практике отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи.

В результате проведенного исследования нам удалось прийти к следующим выводам:

Текущая ситуация в сфере медицинских профессий, в большей мере по сравнению с другими, обеспечивает благоприятные условия для поддержания и развития профессиональных ценностей и идеалов. Что в свою очередь дает основания предполагать достаточный уровень осуществления профессиональной деятельности.

Другая сторона, обеспечивающая ситуацию неудовлетворенности работой медицинских учреждений, – это пациенты. Анализировать участие пациентов в рассогласовании ожиданий относительно системы здравоохранения сложно. Эта сложность обеспечена недостатком информации и отсутствием глубинных целенаправленных, комплексных качественных исследований поведения пациентов.

Неудовлетворенность пациентов и населения системой здравоохранения традиционно аргументируется с позиций признания недостаточного качества реализации профессиональной деятельности.

Система оценки качества медицинской помощи должна учитывать не только показатели процессов и ресурсов деятельности медицинской организации, но и условия оказания качества медицинской помощи.

Список литературы.

1. Деев И.А., Кобякова О.С., Барановская С.В., Бойков В.А., Шибалков И.П., Суворова Т.А., Протасова Л.М. Возможности применения инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями для анализа эффективности системных преобразований на амбулаторном этапе // Менеджер здравоохранения. 2020. с. 4-12.

2. Колоколов А. В. Методологические аспекты оценки медицинской помощи // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2021 с. 44-53.

РАЗДЕЛ 7.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Курилова К.В., Герасименко С.К., Семеренко О.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Становление патологоанатомической службы Краевого клинического онкологического диспансера Ставропольского края прошло от маленькой комнаты и одного микроскопа, до высокоспециализированного и оснащенного современным оборудованием, а также методами диагностики онкологических заболеваний на Северном Кавказе. Целью работы является детальное изучение становления и этапы развития ПАО СККОД.

Материалами и методами исследования развития патологоанатомического отделения являются архивные источники. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, специальные методы исторического исследования: историко-системный, историко-генетический, историко-типологический. Посещение патологоанатомического отделения и сбор информации от сотрудников, фотоархив ПАО.

История отделения тесно связана с развитием онкологической службы в регионе и с именами врачей, посвятивших себя сложной и ответственной работе по морфологической диагностике опухолевых заболеваний.

Ставропольский краевой онкодиспансер был открыт 1 октября 1945 г. в соответствии с постановлением Совета Народных комиссаров от 30 апреля 1945 г. на базе больницы Ставропольского медицинского института. Патологоанатомическое отделение было создано в рамках расширения возможностей диагностики и исследования опухолевых заболеваний в Ставропольском крае так же в 1945 году. Первоначально оно функционировало как часть общего онкологического диспансера и было необходимым условием для обеспечения качественной диагностики и лечения. Здание стационара располагалось по ул. Ленина, 288.

Приоритетными были также вопросы патогистологической, цитологической диагностики онкологических заболеваний (Витковский Ю.В., Шапиро Б.М., Гайгер А.Р., Гумилевская Е.М., Бондарева В.В.)

На ранних этапах развитие отделения было связано с необходимостью проведения морфологических исследований для подтверждения диагнозов, определения стадии заболевания и оценки эффективности проводимых методов терапии. В течение первых лет работы специалисты отделения занимались изучением образцов тканей, внедрением современных методов микроскопии и гистохимии.

По мере развития онкологической службы и науки, ПАО СККОД продолжало развиваться и совершенствоваться. В отделении внедрялись новые методы исследования, такие как иммуногистохимия, молекулярная генетика и цифровая патология. Врачи проходили специализацию в онкоморфологии и становились экспертами в диагностике различных видов рака. ПАО СККОД стало одним из ведущих патологоанатомических отделений в регионе, обеспечивая качественную диагностику и лечение онкологических заболеваний. Первые врачи: Гумилевская Елена Михайловна, Лариса Тимофеевна Пустошкина, Ильина Елена Владимировна, Тулинов Геннадий Васильевич. Врачи ПАО, несмотря на трудности, связанные с нехваткой оборудования, реактивов и информации, самоотверженно трудились над оказанием помощи пациентам, под руководством опытного врача Гумилевской Елены Михайловны. Коллектив, которым она руководила заложили основы морфологической диагностики в СККОД, создали методики обработки тканей, микроскопического исследования и подготовки заключений. С 1990г в отделение пришла работать из ЦПАО 4городской больницы Ильина Елена Владимировна. В

онкологический диспансер Пустошкина Л.Т. пришла в 1993 году и за все время своей работы внесла значительный вклад в развитие патологоанатомического отделения на должности заведующей - диспансер был первым в крае учреждением, на базе которого стали применять метод иммуногистохимического исследования. Также она была одним из первых специалистов диспансера, кто начал использовать метод экспресс-биопсии материалов больного рядом с операционной прямо во время операции.

С 2002 по 2010г в отделении работала Мазикина Зинаида Никитична, которая перешла с ПАО ККБ; она щедро делилась своими знаниями и опытом с коллегами. Заведующей отделением, небольшое время, работала Якимова Светлана Борисовна, опытный врач, долгое время трудилась патологоанатомом в ЦПАО 4горбольницы. Сегодня заведующая патолого-анатомическим отделением – врач-патологоанатом высшей категории Олеся Игоревна Севрюкова. С учетом нового приобретения у нас теперь 5 аппаратов для гистологической проводки и 4 единицы оборудования для иммуногистохимии. Современная техника поможет оптимизировать работу нашего отделения. Автоматизация процессов гистологического и иммуногистохимического исследований – это неотъемлемый параметр, обеспечивающий стандартизацию преаналитического этапа и высокое качество диагностики. В 2011 г. в рамках Федеральной программы «Модернизация здравоохранения» проведен капитальный ремонт здания.

Долгое время в отделении работала совместителем врач-патологоанатом ККБ - Долженко Татьяна Анатольевна. До 2025г в отделении трудилась врач-патологоанатом Чукилева Светлана Евгеньевна, которая перешла работать в ПАО СККДЦ.

Сегодня в отделении трудится большой и дружный коллектив врачей: Костюченко Н.В., Щусь В.Н., Хичев А.С., Литвинова У.А., Замчалкина Е.Г., Шевченко А.В., Чотчаева Ф.К., Брагина М.А., Яхонтова В.А.

Введено в эксплуатацию современное медицинское оборудование – роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием. Это позволило сократить сроки проведения исследований, улучшить качество гистопрепаратов, стандартизировать методики. Весь спектр исследований в отделении проводится на высокотехнологичном оборудовании, представляющем собой роботизированную систему гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием и фотодокументированием, предназначенной для автоматической гистологической проводки, окраски рутинными и иммуногистохимическими красителями, приготовления парафиновых блоков и гистопрепаратов с системой визуализации и архивированием. Руководство онкологического диспансера уделяет большое внимание пополнению врачами -патологоанатомами коллектива ПАО, многие проходят подготовку в клинической ординатуре по целевому направлению.

Список литературы.

1. Официальный сайт http://ставонко.рф

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Молоткова А.А., Семеренко О.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Пятигорская городская клиническая больница №1 имеет богатую историю, начиная с колонии Красного Креста в 1901 году. Сегодня это крупнейшая многопрофильная больница на Кавказских Минеральных Водах. Патологоанатомическое отделение (ПАО)

играет ключевую роль в диагностическом процессе, проводя тысячи прижизненных исследований биопсийного и операционного материала ежегодно. В последнее время, в условиях пандемии COVID-19, отделение столкнулось с новыми вызовами, что привело к развитию инновационных исследований, направленных на борьбу с вирусными и онкологическими заболеваниями. Данная работа основана на кратком обзоре истории и текущей деятельности патологоанатомического отделения, фокусируясь на последних разработках, инициированных заведующим отделением Горячевым А.Н. и его коллегами.

Материал и методы исследования. Данное исследование является обзором деятельности ПАО Городской клинической больницы №1 города Пятигорска, основанным на: анализе исторических данных о развитии больницы и отделения; интервью с заведующим отделением Горячевым А.Н., анализ информации о текущем объеме и характере проводимых исследований (биопсийный и операционный материал).

Результаты и обсуждение. В разные годы патологоанатомическое отделение возглавляли: Валерий Владимирович Кожарский, Людмила Андреевна Бойко, Игорь Олегович Харченко. Сейчас отделение возглавляет Антон Николаевич Горячев. Большая часть работы отделения связана с исследованием биопсийного и операционного материала из разных отделений: нейрохирургии, кардиологии, урологии, гинекологии. Ежегодно проводится около 17 000 исследований биопсийного и операционного материала.

Во время пандемии COVID-19 Антон Николаевич и его коллеги проводили вскрытие умерших от коронавируса. Они обнаружили закономерные изменения в органах и разработали создание препарата Oligo1, на основе антисмысловых технологий. В интервью «Блокнот Ставрополь» Антон Николаевич рассказал о новых исследованиях: разработке мембраностабилизирующего препарата и проекте триплексных олигонуклеотидов для блокировки онкогенов.

В отделении трудилась д.м.н., доцент Калашникова Светлана Александровна. Светлана Александровна возглавляла кафедру морфологии Пятигорского медико-фармацевтического института - филиал ФГБОУ ВО ВолгМУ МЗ. Сейчас Светлана Александровна в должности профессора возглавляет кафедру анатомии человека ФГБОУ ВО ВолгМУ МЗ.

Заключение. Патологоанатомическое отделение Городской клинической больницы №1 г. Пятигорска играет важную роль в системе здравоохранения региона. Инновационные разработки, инициированные заведующим отделением Горячевым А.Н. и его коллегами, свидетельствуют о высоком научном потенциале отделения и его стремлении к решению актуальных проблем здравоохранения. Дальнейшие исследования и клинические испытания разработанных препаратов могут привести к значительным улучшениям в диагностике и лечении вирусных и онкологических заболеваний.

Список литературы.

1. История Городской клинической больницы №1 города Пятигорска (https://cgbp.ru/o-bolnice/istoriya-stanovleniya).

2. Интервью с Горячевым А.Н. канал «Блокнот Ставрополь» (https://bloknot-stavropol.ru/news/o-poezii-v-kletkakh-izobretenii-lekarstva-ot-covid-1616326).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» Г. СТАВРОПОЛЯ

Омарова В.М., Грибоедова А.А., Семеренко О.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

История развития централизованного патологоанатомического отделения (ЦПАО) Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя, начинается с 1983года, связано с централизацией патологоанатомической службы города Ставрополя, обслуживающей все городские больницы и поликлиники. Целью работы является детальное изучение становления и этапы развития ЦПАО.

Материалами и методами исследования развития патологоанатомического отделения являются архивные источники. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, специальные методы исторического исследования: историко-системный, историко-генетический, историко-типологический. Посещение патологоанатомического отделения и сбор информации от сотрудников.

Первым заведующим отделением стал Н.П. Велищук, в своей практике активно применял системный патоморфологический метод исследования, который позволял объективизировать данные аутопсий и повышал достоверность заключений. Затем ЦПАО заведовала Л.Н.Сачек — высокообразованный и преданный делу профессионал. В период её руководства сформировались основы тесного взаимодействия между ЦПАО, другими отделениями больницы, а также кафедрой патологической анатомии Ставропольской медицинской академии. Эта традиция сотрудничества сохраняется и по сей день. С 1985 по 1989 годы в отделении работал В.Н. Лукинов, после чего продолжил деятельность в качестве ассистента кафедры патологической анатомии. Штатным сотрудником отделения также был доцент кафедры Н.П. Марченко. В.С. Боташева, доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической анатомии, всегда успешно сочетала свою научную и педагогическую деятельность с практической работой в патологоанато-мическом отделении. В.С. Боташева является инициатором внедрения в практику отделения экспресс-диагностики срезов на замораживающем микротоме, приготовленных из щитовидной железы. Кроме того, при ее активном участии внедрен гистохимический метод окраски гастробиопсий на наличие Helicobacter pylori. На протяжении последних 32 лет отделение возглавляет врач высшей аттестационной категории Л.П. Гордеева, стаж по специальности 41год. Основополагающим направлением своей деятельности Гордеева Л.П. считает совершенствование организационных форм и повышение качества работы патологоанатомической службы города и края.

В разные годы в отделении трудились многие квалифицированные специалисты: Г.В. Оленников, Е.А. Долженко (впоследствии продолжил работу в Греции), О. Теплинский, Е.И. Русова, И.В. Косторная (в дальнейшем ассистент кафедры патологической анатомии, ныне доцент), О.М. Мошкина (в настоящее время работает в Канаде), С.З. Чуков — профессор кафедры, главный внештатный краевой патологоанатом, П.И. Ступников — доцент кафедры, Е.В. Смыкунова (ныне работает в онкодиспансере), В.П. Мернова, Н.И. Самойлова (продолжила работу в Будённовске), С.Б. Якимова.

В настоящее время под руководством Ларисы Петровны Гордеевой трудится коллектив из 22 человек, среди которых немало ветеранов отделения. Все врачи имеют категорию и сертификат специалиста патологической анатомии.

Заключение. История патологоанатомического отделения ГКБ СМП города Ставрополя - это путь от первых шагов становления до признания в профессиональном

сообществе. Сочетание традиций и инноваций, высокий уровень профессионализма врачей и лаборантов, участие в образовательной и научной деятельности сделали его важной частью системы здравоохранения города и края. Перспективы отделения связаны с дальнейшим развитием морфологических технологий, укреплением статуса патологоанатома как неотъемлемого участника лечебного процесса и продолжением плодотворного сотрудничества с клиническими и научными подразделениями.

Список литературы.

1. Официальный сайт ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя» (https://stavgkbsmp.ru/)

РОЛЬ ДОЦЕНТА ЛИСУНКИНА В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Осауленко С.А., Карташев А.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Прошлое кафедры патологической анатомии Ставропольского государственного медицинского университета не раз попадало в поле зрения ученых патологоанатомов и историков. Тем не менее деятельность первого заведующего кафедрой И.И. Лисункина до сих пор подробно рассмотрена не была [4, 5, 6]. Целью работы является детальное ее изучение для объективного отражения в истории кафедры и патологоанатомической службы в Ставропольском крае.

Материалами исследования являются архивные источники [1, 2, 3]. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, специальные методы исторического исследования: историко-системный, историко-генетический, историко-типологический.

Иван Иванович Лисункин (1903–1967) – уроженец Саратовской губернии, выходец из крестьян. В 1925 г. он окончил медицинский факультет Саратовского университета. С 3 курса он работал нештатным помощником доктора медицинских наук И.И. Линтварева – основателя прозекторской службы в г. Саратове и препаратором кафедры патологической анатомии.

В 1929–1931 гг. Лисункин – доцент Оренбургского ветеринарного института, где вел курс патологической гистологии, и прозектор патологоанатомического отделения окружной больницы. Следующий этап его пути связан с г. Иваново. Здесь под руководством академика А.И. Абрикосова и профессора Я.Л. Рапопорта (со слов самого И.И. Лисункина) он организовал кафедру патологической анатомии и две прозектуры.

С 1935 по 1939 г. И.И. Лисункин заведовал кафедрой патологической анатомии Дагестанского медицинского института. Организация кафедры началась с создания им музея с макро- и микропрепаратами, приобретения микроскопов, диапозитивов и др. Базой кафедры стало патологическое отделение республиканской клинической больницы, где он по совместительству являлся прозектором.

В этот период публикуется ряд его работ в немецком журнале «Frankfurt Zeitschrift fiir Pathologie». Первая статья (1936) была посвящена случаю первичной саркомы в предстательной железе. В 1937 г. решением ученого совета Ростовского медицинского института по совокупности работ ему присваивается ученая степень кандидата медицинских наук. В следующем году ему присуждается звание доцента по кафедре патологической анатомии.

В 1939 г. по личному желанию в связи с неблагоприятными климатическими условиями И.И. Лисункин был переведен в Ставрополь, где возглавил кафедру

гистологии, а с 1940 г. кафедру патологической анатомии. Одновременно он стал прозектором в городской клинической больнице. Кроме того, в институте занимал должность декана и некоторое время исполнял обязанности заместителя директора по научно-учебной части.

С 1 сентября 1941 г. в связи со слиянием Ставропольского и Днепропетровского мединститутов был освобожден от заведования кафедрой и назначен ассистентом. В мае 1942 г. добровольцем ушел на фронт. Служил инспектором-патологоанатомом МЭП-46 2-го Украинского фронта. Награжден орденом Красной Звезды, медалями «За оборону Сталинграда», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».

С 1 февраля 1946 г. И.И. Лисункин по распоряжению ВКВШ вновь приступил к исполнению обязанностей заведующего кафедрой Ставропольского медицинского института. Бывший в его отсутствие руководителем кафедры и прозектором доцент И.И. Зильберт возглавил кафедру судебной медицины. Обе кафедры, располагаясь на базе прозектуры, находились в стесненных условиях. Отношения между коллегами довольно скоро стали деструктивными. Выполнение указаний И.И. Лисункина как прозектора о закрытии дверей на кафедру и прозектуру (с целью не допустить расхищения государственной собственности) привело к хаосу в учебном процессе. Лисункин просил освободить его от обязанностей прозектора, в чем ему руководством больницы было отказано. В своих письменных жалобах на имя директора института он сетовал на излишнее внимание руководства вуза к соседней кафедре, на свою расшатанную нервную систему и невозможность в таких условиях завершить работу над докторской диссертацией. Он требовал к себе как к фронтовику уважительного отношения. Комиссия, назначенная для проверки кафедры, вскрыла серьезные недостатки и дала заключение о ненадлежащем ее состоянии. Иван Иванович объяснял сложившуюся ситуацию личными обстоятельствами и работой над докторской диссертацией, но это не изменило мнения членов комиссии.

В 1947 г. по личной просьбе И.И. Лисункин был откомандирован в Ростовский медицинский институт с последующим увольнением из вуза. Его дальнейшая профессиональная деятельность проходила в разных вузах. В 1948–1953 гг. он заведовал кафедрой паталогической анатомии Архангельского медицинского института, в 1954–1959 – на той же должности работал в Самаркандском медицинском институте, в 1960–1961 гг. заведовал кафедрой патологической анатомии в Гродненском государственном медицинском институте. В возрасте шестидесяти четырех лет он ушел из жизни и был похоронен в г. Гродно.

Заключение. Ученый-патологоанатом И.И. Лисункин по своим профессиональным качествам соответствовал должности заведующего кафедрой в молодом Ставропольском медицинском институте. Его последующий опыт фронтового патологоанатома соответствовал занимаемым им в 1946–1947 гг. должностям заведующего кафедрой патологической анатомии и прозектора в городской клинической больнице. Однако И.И. Лисункин был амбициозным и неуживчивым человеком, требующим снисходительного отношения к своим недоработкам в вопросах организации учебного процесса. Доктором медицинских наук он так и не стал. Незначительный период руководства кафедрой патологической анатомии в Ставропольском медицинском институте не оставил яркого следа в ее истории. Вместе с тем, это был воспитанник плеяды основоположников патологоанатомической службы в стране, ученый и профессионал в своей предметной области, первый руководитель кафедрального коллектива, участник Великой Отечественной войны, награжденный рядом государственных наград. К сожалению, неуживчивый и чрезмерно принципиальный характер помешал Ивану Ивановичу Лисункину добиться большего на профессиональном поприще.

Список литературы.

1. Личное дело доцента И.И. Лисункина. Архив Ставропольского государственного медицинского университета.
2. Наградной лист И.И. Лисункина. Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации. Ф. 33. Оп. 690155. Д. 7498. Л. 108.
3. Приказы по Ворошиловскому медицинскому институту за 1939 г. Архив СтГМУ.
4. Ставропольский медицинский: с памятью о прошлом, с верой в будущее / под общ. ред. В.Н. Муравьевой. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2013. – С. 188.
5. Ставропольский медицинский: дорогами войны / авт.: А. В. Карташев, С. М. Дугинец, И. В. Карташев, А. К. Курьянов. Изд. 2-е, перераб. и доп. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2023. – С. 6, 24.
6. Становление высшего медицинского образования на Северном Кавказе (1915–1945) / авт. А.В. Карташев, Р.С. Спевак, Е.К. Склярова, О.Н. Камалова; под ред В.И. Кошель. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 192 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Понедельникова У.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Патологоанатомическое отделение Ставропольской краевой клинической больницы является важнейшим звеном системы здравоохранения Северного Кавказа. Его многолетняя история отражает эволюцию клинической медицины, внедрение современных диагностических технологий и формирование профессиональных традиций. Сегодня отделение выполняет ключевую роль в прижизненной и посмертной морфологической диагностике, обеспечивает образовательный и научный процесс, поддерживая высокий стандарт медицинской практики в регионе. Изучение его деятельности позволяет оценить вклад службы в развитие медицины, совершенствование клинической диагностики и подготовку квалифицированных специалистов.

В настоящей работе использованы историко-архивные и аналитические материалы, отражающие деятельность патологоанатомического отделения Ставропольской краевой клинической больницы с момента его основания до настоящего времени. Источниками информации послужили: архивные документы учреждения, официальные отчёты, публикации сотрудников отделения, материалы научно-образовательной работы, а также сведения о кадровом составе и структуре службы.

Методологической основой исследования стало комплексное историко-аналитическое изучение документов и публикаций, позволяющее проследить этапы формирования отделения, эволюцию организационной структуры, внедрение диагностических технологий и научно-образовательной деятельности. Применялись методы исторического анализа, систематизации данных, биографического и сравнительного подхода для оценки вклада ключевых специалистов и формирования научной школы.

Анализ исторического развития патологоанатомического отделения Ставропольской краевой клинической больницы показал устойчивое расширение его функциональных и научных возможностей. С момента основания отделение последовательно укрепляло кадровый состав, совершенствовало методы морфологической диагностики и внедряло современные технологии, включая иммуногистохимию.

Рассмотрение роли ключевых сотрудников и научной школы позволило выявить преемственность профессиональных традиций и высокие стандарты работы, формировавшие качество клинической медицины региона. Образовательная и научная деятельность отделения способствовала подготовке квалифицированных специалистов, обеспечивая устойчивое развитие медицинской науки на Северном Кавказе.

Таким образом, исторический путь отделения отражает сочетание традиций и инноваций, подчеркивая его значимость как диагностического, научного и образовательного центра края.

История патологоанатомического отделения Ставропольской краевой клинической больницы демонстрирует непрерывное развитие медицинской науки и клинической практики на Северном Кавказе. От первых вскрытий и формирования патологоанатомической службы до внедрения современных методов диагностики отделение прошло путь укрепления профессиональных традиций, формирования научной школы и подготовки квалифицированных кадров. Сегодня оно остаётся центром точной морфологической диагностики, образовательной и научной работы, объединяя опыт прошлых поколений с инновационными технологиями и обеспечивая высокое качество медицинской помощи в регионе.

Список литературы.

1. Ставропольская краевая клиническая больница: История и современность. Ставрополь, 2015. – 128 с.
2. Чуков С.З., Мазикина З.Н. Патологоанатомическая служба Ставропольского края: становление и развитие. Ставрополь, 2018. – 96 с.
3. История медицины Ставропольского края / Под ред. С.В. Иванова. Ставрополь, 2012. – 224 с.
4. Володихин В.И. Развитие патологоанатомической службы в краевой больнице. Журнал «Клиническая медицина», 1975, №4, с. 45–50.
5. Мазикина З.Н. Патологоанатомическое отделение: опыт организации и работы. Ставрополь, 1985. – 64 с.
6. Чуков С.З. Современные подходы к патологоанатомической диагностике. Вестник Ставропольского медуниверситета, 2020, №3, с. 12–20.
7. Ставропольский государственный медицинский университет: История кафедры патологической анатомии. Ставрополь, 2019. – 88 с.
8. Дашиева Г.А., Рудакова Л.Н. Вклад сотрудников патологоанатомического отделения в развитие клинической диагностики. Медицинский вестник, 2000, №6, с. 34–39.
9. Современные методы патологоанатомического анализа / Под ред. С.З. Чукова. Ставрополь, 2021. – 104 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ЕССЕНТУКИ

Савченко А.Д., Курдова М.П., Семеренко О.М.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

В 1839 году на средства Волгского казачьего полкового правления были построены первые в Ессентуках полковые ванны, которыми пользовались не только казаки, но и местные жители, а за определенную плату - приезжающие курортники. Лечение больных проводил полковой лекарь. В этой лечебной местности, богатой ценнейшими минеральными источниками, учреждений здравоохранения для местного населения до

конца XIX века не было. Сегодня центральная городская клиническая больница г.Ессентуки — это высокоспециализированное лечебное учреждения на КМВ, в котором ПАО вносит свой вклад в лечебный процесс.

Материалами и методами исследования развития патологоанатомического отделения являются архивные источники. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, специальные методы исторического исследования: историко-системный, историко-генетический, историко-типологический. Посещение патологоанатомического отделения Центральной Городской клинической больницы г. Ессентуки и сбор информации от сотрудников, фотоархив ПАО.

До 1963 года патологоанатомическое отделение находилось на территории инфекционной больницы. Вначале оно называлось прозектурой. Рядом с ней была часовенка. Заведовал прозектурой в 1940-х годах доктор Д.Хованский. Штат не был полностью укомплектован. Работали специалисты-совместители из Пятигорска: врач-патологоанатом, кандидат медицинских наук Ногаллер М.Л., лаборанты-гистологи Чижик М.Г., Трунова Л.А. и др. В 1963 году патологоанатомическое отделение было открыто при городской больнице по ул. Советской, в приспособленном полуподвальном помещении. Основным специалистом более 20 лет работал участник Великой Отечественной войны Ротенко Виктор Иванович, в течение нескольких лет - кандидат медицинских наук Супаницкий В.Я. В гистологической лаборатории при отделении работали старшие лаборанты Кольвах К.С., Зеленская В.И., Воронина Е.С., Подколзина А.Н., участник Великой Отечественной войны Суслова Н.С. В 1979 году на территории больничного городка был выстроен типовой патологоанатомический корпус. Заведовал отделением сначала врач Ротенко В.И., затем его сменила Ковалева Любовь Степановна, врач высшей категории, награждена медалью «Ветеран труда». Закончила Новосибирский медицинский институт. Работала в Ульяновской областной больнице врачом- патологоанатомом, была главным патологоанатомом по вопросам детской патологической анатомии, а с 1985 года трудится в Ессентукском здравоохранении. В отделении работали два врача, четыре лаборанта-гистолога. Выполнялся большой объем работы: около 27 тыс. исследований гистологического и биопсийного материала в год, секционный раздел работ для всех ЛПУ города.

С конца 90-х годов стали внедряться платные услуги.

Со 2-го сентябре 1998 г. прибыл на работу молодой специалист Абубакаров Руслан Султанович, окончивший в 1997г Ставропольскую государственную медицинскую академию (СтГМА), а в 1998г интернатуру по специальности «Патологическая анатомия». С октября 2006 года Руслан Султанович возглавил отделение, в 2008г ему присвоена высшая квалификационная категория. По совместительству трудится в должности врача-патологоанатома в ПАО Пятигорского онкологического диспансера, частной гистологической лаборатории «Лаб-Мед»; в 2008-2018гг работал в ПАО Пятигорской городской больнице; 2014-2015гг в ПАО Минераловодской городской больнице; 2017-2018гг ПАО Пятигорского родильного дома и Железноводской городской больнице. В 2012 году пришла на работу в отделение Филипенко Наталья Владимировна, окончила Астраханскую медицинскую академию в 2004г, с 2005-2011гг работала в СМЭ г.Ессентуки, затем прошла первичную переподготовку по специальности «Патологическая анатомия» в 2012г. и по настоящее время работает врачом-патологоанатомом в ПАО Ессентукская городская больница. Совмещает в должности врача-патологоанатома в ПАО Пятигорского онкологического диспансера, частной гистологической лаборатории «Лаб-Мед», ПАО Кисловодского госпиталя ФСБ. Врачебной категории не имеет.

В отделении трудится большой коллектив среднего медицинского персонала - лабораторные медицинские техники, очень опытные, имеют большой медицинский стаж: Новосад В.Н. (23 г стажа), Середина Г.В. (28 лет стажа), Тиридатова Е.С. (17 лет стажа), Тихонова Л.И. (19 лет стажа), Таранова Е.А. (5 лет стажа).

Младший медицинский персонал: санитары Волкова Н.А. (работа в день), Реутов Н.А. (работа в секционном зале), дежурные санитары - Исупов А.В., Ворочек И.П., Дьяконова Е.П. За год в отделении производятся: около 500 вскрытий, до 5000 случаев биопсий и операционного материала (около 27000 блоков).

В заключение можно сделать вывод, что патологоанатомическое отделение Ессентукской городской больницы прошло значительный путь становления и развития: от небольшой прозектуры при инфекционной больнице до современного специализированного подразделения с высоким уровнем организации и большим объемом исследований. Развитие отделения стало возможным благодаря труду и профессионализму врачей и лаборантов нескольких поколений, среди которых особое место занимают специалисты, внесшие весомый вклад в укрепление базы и повышение качества работы. Сегодня отделение выполняет широкий спектр гистологических и биопсийных исследований, а также секционную работу, обеспечивая важнейшую диагностическую и научную функцию для всех лечебных учреждений города. Таким образом, его деятельность является неотъемлемой частью медицинской системы Ессентуков, способствующей развитию здравоохранения и повышению эффективности лечения пациентов.

Список литературы.

1. История Центральной Городской клинической больницы города Ессентуки (https://esgorbol.ru/).

2. Селиванова Н.Ф. «Страницы истории Ессентукского здравоохранения». //Минеральные Воды. Кавказская здравница.-С.6-133.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. НЕВИННОМЫССКА

Семеренко О.М., Сачкова Д.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

История развития патологоанатомического отделения (ПАО) Городской больницы города Невинномысска, начинается примерно с 1960года, как дата основания Невинномысской Городской больницы. Целью работы является детальное изучение становления и этапы развития ПАО.

Материалами и методами исследования развития патологоанатомического отделения являются архивные источники. Используются общенаучные методы анализа и синтеза, специальные методы исторического исследования: историко-системный, историко-генетический, историко-типологический. Посещение патологоанатомического отделения Невинномысской Городской больницы и сбор информации от сотрудников.

Результаты и обсуждение. Отделение открыто в 1960 году, под руководством Локтева Николая Анатольевича, который переехал жить в г. Невинномысск с Хабаровского края, г. Советская Гавань. Также в отделении начинал рабочую деятельность — Н.П. Марченко (доцент кафедры СГМИ). Изначально отделение представляло собой одноэтажное здание. С 1970г отделение возглавил — Н.И. Попов, ему помогал судмедэксперт В.П. Карякин с 1970 по 2016г. К 80-м годам, при постройке новых корпусов, ПАО превратилось в просторное трехэтажное здание. Структура ПАО: на 1-ом этаже располагается холл, предсекционная и секционный зал, а также похоронная служба; на 2-ом этаже – гистологическая лаборатория, а с 2024 года, часть 2-ого этажа занимают кабинеты кафедры патологической анатомии Невинномысского медицинского

института. На третьем этаже размещены кабинеты врачей-патологоанатомов и кабинет выдачи справок.

В 1987 году начала трудовую деятельность врач-патологоанатом Моисеенко Е.А., а в 1994 году, из Тульской области приехал Чурин Ю.Г., который в 2000 г. сменил Н.И. Попова на посту заведующего отделением. С 2015 года трудится в ПАО врач-патологоанатом Озарянская Е.А., сменившая Чурина Ю.Г. на посту заведующего отделением. С 2013г. Работает врач патологоанатом Луценко Я., а с 2021г. врач-патологоанатом Моргун В.В. Средний медицинский персонал: лаборант — В. П. Рогожин, стаж 48 лет и Соколова Л.А. стаж 40лет; также трудятся - Зыбнина М.В., Багдасарян В.А., Попова Е.Е., Карякина Л.В., Романенко Ж.В. Санитары: Калинина В.П., Пивнева Е.Я., Голованова Т.И., Головченко Т.И., Машкова С.В., Лейчук Л.К., Жоелилала М..М. Без этого звена медицинской службы работа не была бы так налажена для оказания достойной медицинской помощи.

Заключение. Изучение истории развития ПАО Городской больницы города Невинномысска, Ставропольского края, выявило, что оно развивалось, преодолевая трудности и вызовы времени. Вклад сотрудников отделения, их преданность своему делу и стремление к совершенствованию, способствовали расширению диагностических возможностей, повышая точность исследований и внося вклад в повышение качества медицинской помощи.

Список литературы.

1. Архив «Невинномысской Городской больницы» (https://nevinmed.ru/contact/).
2. Приказы главного врача по основной деятельности 1960-2025гг.
3. Журналы регистрации патологоанатомических вскрытий за 1960-2025гг.
4. Годовые отчеты патологоанатомического отделения за 1960-2025г.
5. Личное дело Локтева Н.А. №438 Архив СтГМУ.

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1938