

ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
“БОНУМ”  
[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2877770, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[sys-int@sys-int.ru](mailto:sys-int@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2018



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 4 (41) 2018**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С.И.БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,  
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА  
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А.А.БАРАНОВ (Москва)  
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)  
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)  
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)  
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)  
B. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)  
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

### Дорогие читатели!



Современная цивилизация достигла небывалого технического прогресса в области медицинской техники, выдающихся теоретических и практических достижений во всех отраслях медицины и биологии, проникла в тайны микромира на субклеточном, молекулярном, атомарном уровне, исследовала тончайшие механизмы физиологических, этиопатогенетических, фармакодинамических и фармакокинетических процессов, создала обширный арсенал высокоэффективных лекарственных средств.

Таким образом, вместо ожидаемой параллельно научно-техническому прогрессу положительной динамики состояния здоровья населения наблюдается стойкая стабильность ситуации (стагнация) сродни известному кризису в области физики на рубеже XIX-XX столетий. Наметился буквально тупиковый путь естественнонаучных исследований. Прорыв обязательно будет, но по всей вероятности – не завтра.

И, тем не менее, есть резервы повышения качества медицинской помощи, речь о которых пойдет в представляемом номере журнала. Прежде всего - это эффективная организация управления здравоохранением и, особенно, его низовыми звеньями - лечебно-профилактическими учреждениями, и первую скрипку здесь играют IT- технологии.

Еще один, до недавнего времени недостаточно оцененный аспект – внешний социальный ресурс, представляющий собой совокупность финансовых, материальных, организационных и кадровых возможностей социального окружения медицинской организации, предоставляемых, в том числе и в добровольном порядке (волонтерство).

Третий ресурс, рассматриваемый в разделе «психология, педагогика и социальная работа» - качество образования медицинского специалиста. При этом здесь рассмотрены мотивационные элементы получения знаний и формирование потребности оказывать помощь страдающему человеку.

*С уважением,  
Д.м.н., профессор,  
анестезиолог-реаниматолог  
Елькин Игорь Олегович*

## ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Донцов О.Г., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Дугина Е.А.  
МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ИТ-СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ: МОДЕЛИ И ИХ РАЗВИТИЕ.....5

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Кравцова И.Ф., Шурыгина Е.П., Савинов К.Н.  
ОСОБЕННОСТИ ВОЛОНТЕРСТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....16

Пудов В.И., Зонтова О.В., Пудов Н.В., Зонтов В.В.  
СУРДОПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ  
С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ.....21

## ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Власова Е.В., Чемезов С.А., Иванова Н.В.  
АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА МЕЖДУ  
ПЕЧАТНЫМИ И ЭЛЕКТРОННЫМИ ИЗДАНИЯМИ ДЛЯ КУРСА ФИЛОСОФИИ.....28

Джаныбекова И.А.  
БИОЭТИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.....32

Набойченко Е.С., Кропанева Е.М., Казаева А.В., Андреева Д.С.  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА  
К ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....42

Носкова М.В., Чернов С.С.  
СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УСТАНОВКИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ  
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....47

Окунева Л.И., Сбитнева А.Н.  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ  
КАЗАХСТАН.....55

## МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ИТ-СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: МОДЕЛИ И ИХ РАЗВИТИЕ

Донцов О.Г.<sup>1</sup>, Гольдштейн С.Л.<sup>2</sup>, Грицюк Е.М.<sup>1</sup>, Дугина Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г.Екатеринбург,

<sup>2</sup> ФГАОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

В статье представлены системно-структурные модели механизма деятельности ИТ-специалиста медицинского учреждения, схема управления этой деятельностью и предложена математическая модель многоуровневого управления деятельностью ИТ-специалиста медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** модели, механизм управления, деятельность ИТ-специалиста, медицинское учреждение.

## Mechanism for managing the activities of an IT specialist in a medical institution: models and their development

Dontsov O.G.<sup>1</sup>, Goldsthein S.L.<sup>2</sup>, Gritsyuk E.M.<sup>1</sup>, Dugina E.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region  
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM» Ekaterinburg, Russia,

<sup>2</sup> Urals Federal University, Ekaterinburg, Russia

The paper described the system-structural models of the mechanism of activity of an IT specialist of a medical institution, a scheme for managing this activity and proposed a mathematical model of a multi-level management of the activity of an IT specialist of a medical institution.

**Keywords:** models, the mechanism of management, activity of IT specialist, medical institution.

## **Введение**

Механизм управления деятельностью IT-специалиста медицинского учреждения (МУ) будем понимать как совокупность универсальных (для любой деятельности) [1–3] и специальных (для МУ третьего уровня, оказывающее высокотехнологичную медицинскую помощь [4]) функционально-структурных составляющих. Но даже для такого МУ штат IT-специалистов недостаточен, имеющееся программное обеспечение (ПО) не полностью устраивает пользователей – профильных специалистов: врачей, администраторов и пр., требуется его доработка или создание с нуля (своими силами или в аутсорсинге). Для этого зачастую необходим креативный подход, в то время как научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в МУ не предусмотрены законодательно. В этих условиях IT-специалист должен сочетать в себе разнообразные компетенции в соответствии с образовательными [5], профессиональными [6] и специализированными стандартами [7], а также корпоративными требованиями конкретного МУ. Специфика подобной деятельности и управления ею освещены в литературе недостаточно.

В статье поставлена и решена задача формализованного представления прототипного механизма модели управления деятельностью IT-специалиста МУ и развития этой модели.

## **Состояние вопроса**

Просмотрено порядка 70 литературных и интернет-источников, а также проведены консультации с экспертами. Современное управление в здравоохранении рассматривается с точки зрения применения информационных технологий [8–10]. Появляется понятие цифрового здравоохранения, которое позволяет собирать и обрабатывать, в том числе дистанционно, большие объемы данных на популяционном уровне для принятия обоснованных оптимальных стратегических решений и выявлять новые направления развития [11]. Управление в здравоохранении оценивается как далеко не в полной мере отвечающее современным требованиям, которые должны быть обеспечены в рамках программ цифровой трансляционной медицины [12, 13].

Деятельность IT-специалиста рассматривают в литературе с точки зрения психологии [14, 15], а также образования [16]. Отмечают, что в управлении этой деятельностью необходимо снижать негативные факторы: игнорирование достижений, низкий уровень задач, непонимание целей и отсутствие перспектив развития, несправедливость оценки, несоответствие вознаграждения ожиданиям [17], создавать благоприятные условия для творчества и саморазвития, обеспечивать материальной базой [18]. Управление деятельностью IT-специалиста в МУ представлено в литературе фрагментарно, хотя

отмечена желательность многоуровневости, охватывающей не только работу исполнителя, но и его руководителей по уровням служебной иерархии [19]. Среди общеизвестных управленческих воздействий, представленных всеми видами ресурсов, особое внимание обращено на информационные в части базовой, стимулирующей и мотивационной составляющих [20]. В деятельности IT-специалиста МУ механизм управления на основе этих ресурсов в литературе тоже не рассмотрен.

В управленческом воздействии выделяют мотивацию, стимулирование и базовое управление, которое подразумевает распределение функций и ресурсов [21]. Математическая модель мотивации широко представлена в литературе [22–28]. Также известны различные теории мотивации: традиционная [29], содержательные [30–32], процессуальные [33]. Математические модели стимулирования рассмотрены в [20, 34–36]. Информация по этим направлениям достаточна и релевантна теме.

Механизм управления понимается как совокупность компонентов системы управления (принципов, функций, методов, ресурсов), предназначенных для доставки органу управления информации об объекте управления и оказания воздействия на объект управления с целью обеспечения функционирования и (или) развития системы [37]. В деятельности IT-специалиста МУ механизм управления в литературе не рассмотрен.

На основе обзора нами выявлены аналоги и составлен пакет научных прототипов, с использованием формализма системно-структурного моделирования.

### **Системно-структурные модели механизма деятельности IT-специалиста МУ**

Моделирование проведено по цепочке: литературно-аналитический обзор — отбор аналогов — создание пакета научных и корпоративных прототипов — их критика — выработка гипотез о ее парировании. В результате предложена модель, приведенная на рис. .

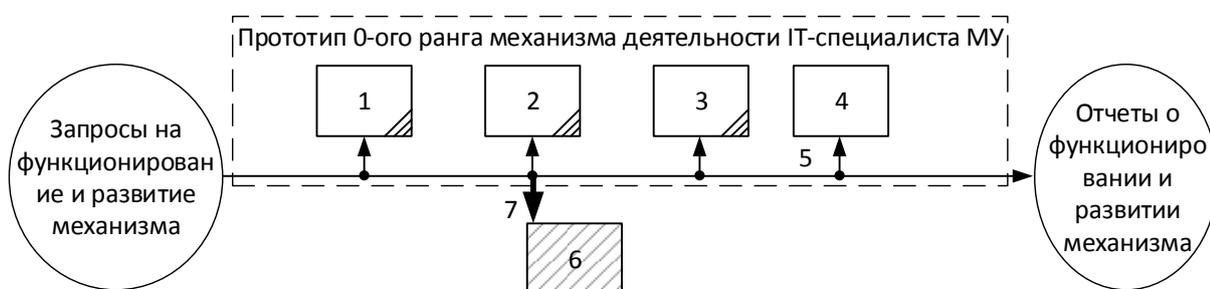


Рисунок 1 — Системно-структурная модель механизма деятельности IT-специалиста МУ по компилятивному прототипу [6, 7, 38, 39] и предлагаемому решению: штриховка, уголки, утолщения

(системы: 1 – деятельности IT-специалиста, 2 – многоуровневого управления деятельностью, 3 – репозитария нормативных документов, 4 – оценки качества деятельности, 6 – настройки на специфику МУ третьего уровня, 5, 7 – интерфейсов).

Видно, что развитие прототипа предложено за счет введения нового структурного элемента – системы 6 настройки на специфику МУ с интерфейсом 7 (1-3), а также связанной с этим модернизации трёх существующих систем. На рис. - приведены их структуры. При этом, предлагая модель системы 1, исходили из того, что деятельность IT-специалиста в МУ включает в себя несколько ролей в соответствии с профессиональными стандартами (сопровождает существующие базы данных и ПО, которое использует эту базу, размещает информацию на сайте МУ, документирует архитектуру ПО, создает вместе со специалистами МУ техническое задание на разработку какого-либо ПО, которое потом будет программировать, сопровождать и т.п.).

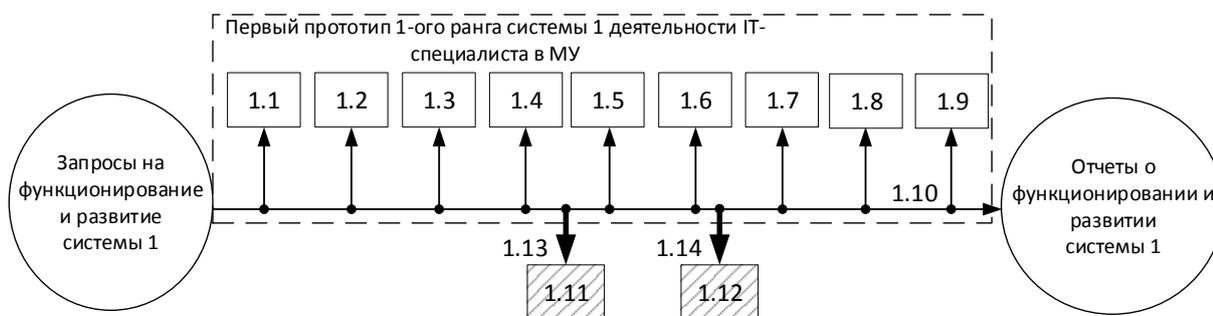


Рисунок 2 — Системно-структурная модель системы 1 деятельности IT-специалиста по компилятивному прототипу [6, 39] и предлагаемому решению

(подсистемы по ролям деятельности: 1.1 – программиста, 1.2 – администратора баз данных, 1.3 – архитектора программного обеспечения, 1.4 – системного аналитика, 1.5 – специалиста по информационным ресурсам, 1.6 – специалиста по информационным системам, 1.7 – менеджера по информационным технологиям, 1.8 – руководителя разработки программного обеспечения, 1.9 – руководителя проектов в области информационных технологий, 1.11 – учета специфики базовой квалификации IT-специалиста МУ, 1.12 – совмещения ролей, 1.10, 1.13, 1.14 – интерфейсов).

Отметим, что количество ролей удовлетворяет принципу Ингве-Миллера ( $7 \pm 2$ ). Новизна связана с введением подсистем 1.11 и 1.12 с интерфейсами 1.13 и 1.14.

Для системы 2 прототипом выбрано многоуровневое управление.

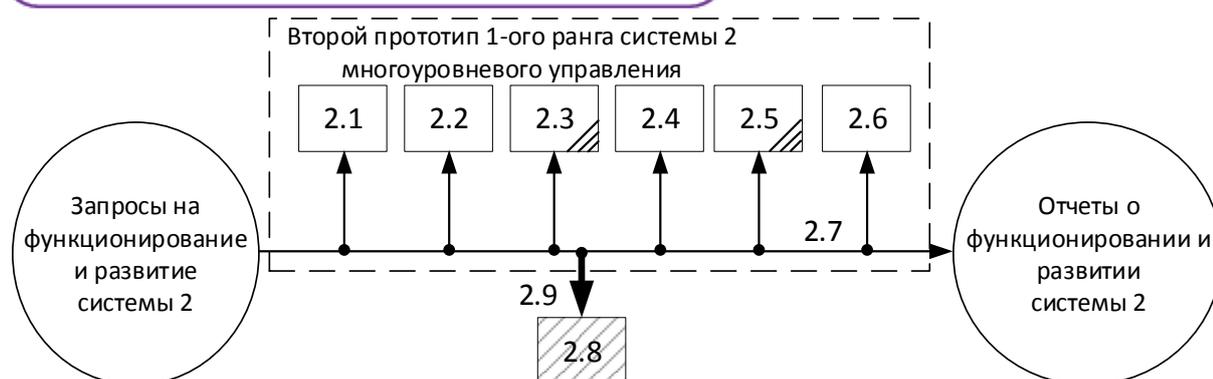


Рисунок 3 — Системно-структурная модель системы 2 многоуровневого управления по компилятивному прототипу [19, 38, 40, 41] и предлагаемому решению

(подсистемы: 2.1 – самоуправления IT-специалиста, 2.2 – взаимодействия IT-специалиста с профильным специалистом-заказчиком, например, врачом, 2.3 – управления по служебной иерархии, 2.4 – контроллинга, 2.5 – управления по средствам воздействия, 2.6 – управления по видам моделей управления, 2.7 – настройки на специфику управления в МУ, 2.8, 2.9 – интерфейсов).

Новизна связана с введением подсистемы 2.8 с интерфейсом 2.9 и модернизации подсистем 2.3 и 2.5. IT-специалист прежде всего занимается самоуправлением в подсистеме 2.1 и взаимодействует с профильным специалистом в подсистеме 2.2, а от служебной иерархии (в подсистеме 2.3) получает необходимые для выполнения задачи ресурсы. Под контроллингом понимается штаб корпоративного управления с интеграцией всех уровней управления и функциями: целеполагания, планирования, учета, контроля, анализа, управления информационными, финансовыми, материальными, энергетическими, людскими потоками, моделирования и подготовки принятия решений и с элементами упреждающего управления [42, 43]. В составе подсистемы 2.5 заложены базовые воздействия (должностная функциональность), мотивирующие и стимулирующие воздействия [28, 41, 44]. В составе подсистемы 2.6 целесообразно иметь все основные виды управления: программные, ситуационные, рефлексивные, адаптивные, самоорганизующееся [40].

В качестве компилятивного прототипа системы 3 репозитория нормативных документов нами взяты стандарты ФГОС 3+, профессиональные стандарты, ИСО по общероссийскому классификатору стандартов 35.080, а также стандарты безопасности в МУ, учитывающие угрозы для пациента (ГОСТ Р ИСО/ТО 27809-2009 и ГОСТ Р ИСО/ТС 25238-2009). На рис. показана развитая модель системы 3.

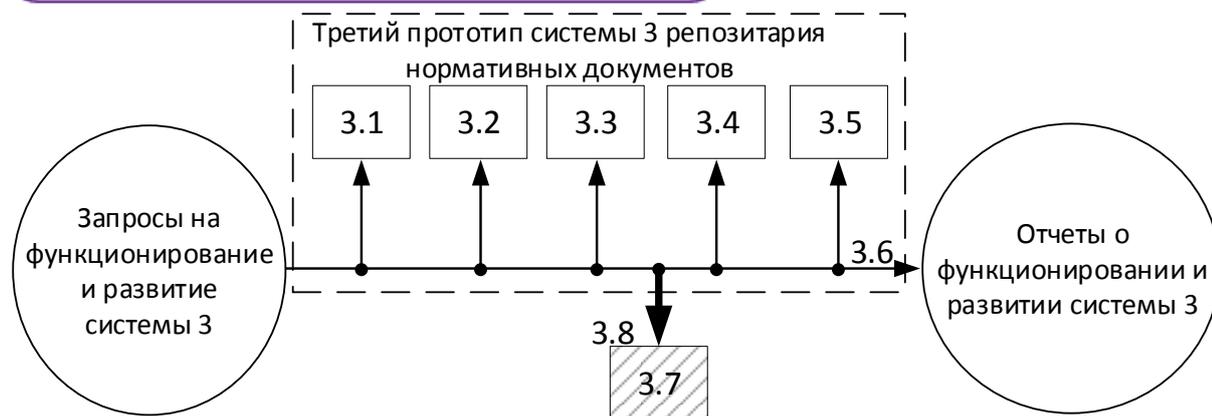


Рисунок 4 — Системно-структурная модель системы 3 репозитория нормативных документов по компилятивному прототипу [6, 7] и предлагаемому решению (подсистемы: 3.1 – образовательных стандартов, 3.2 – профессиональных стандартов, 3.3 – трудового договора, 3.4 – стандартов ИСО, 3.5 – стандартов безопасности ПО для МУ (корпоративный норматив), 3.7 – настройки на специфику репозитория в МУ, 3.6, 3.8 – интерфейсов).

Новизна связана с введением подсистемы 3.7 с интерфейсом 3.8.

Система 6 и подсистемы 1.11, 2.8, 3.7 в качестве прототипной основы могут иметь известные решения [45].

На основе этих системно-структурных моделей нами предложена схема управления деятельностью IT-специалиста МУ.

### **Схема управления деятельностью IT-специалиста МУ**

На схеме (рис. ) отражены следующие ситуации. Внешнее управление (M5), представленное, например региональным министерством здравоохранения, задает проблематику работы МУ; топ-менеджмент МУ (M3) – перечень работ своего МУ; старшие руководители (M2) – глобальную цель; непосредственный руководитель (M1) – локальную цель и выделяет ресурсы. С помощью запроса (З) заказчик – профильный специалист (С2), ставит задачи IT-специалисту (С1), поскольку для профильного специалиста модернизируется или создается заново ПО. Профильный специалист находится под управлением своего старшего руководителя (M2). На каждом уровне руководство ставит задачу подчиненным и использует соответствующее управленческое воздействие (УВ), которое состоит из базовой составляющей (например, оклад), а также мотивирования (например, благодарность за выполнение задачи) и стимулирования (например, премия). Помимо этого, IT-специалист применяет самоуправление (СУ), самостимулирование (ССт), самомотивацию (СМт). Каждый субъект МУ посылает запрос (З) на управление и отчет (О) о проделанной работе руководству. Над контроллингом поставлен топ-менеджмент, а

остальные субъекты посылают контроллингу отчеты о работе в ответ на его запросы. Внешние стандарты (ВС) учитываются ИТ-специалистом и структурой контроллинга. Если ПО выходит на рынок, то предусмотрена внешняя экспертиза для получения сертификата соответствия, патента, свидетельства на программный продукт.

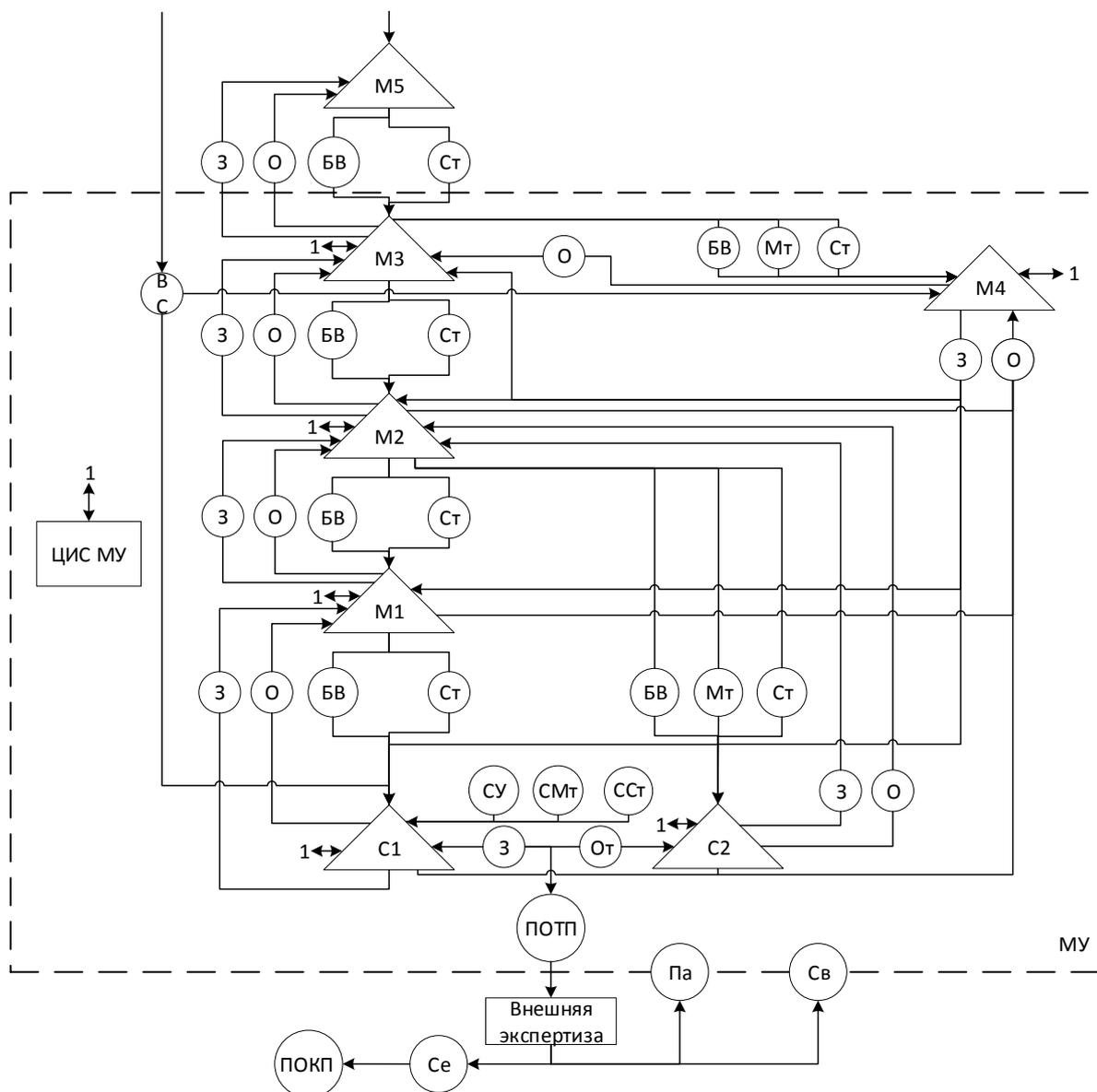


Рисунок 5 — Схема управления деятельностью ИТ-специалиста МУ

(обозначения:  $\Delta$  – подсистемы системы многоуровневого управления,  $\square$  – средство,  $\circ$  – инфопродукт,  $\longrightarrow$  – инфоканалы,  $\text{УВ}$  – управляющее воздействие,  $\text{Зч}$  – задача,  $\text{M5}$  – внешнее управление,  $\text{M4}$  – руководство контроллинга,  $\text{M3}$  – топ-менеджмент,  $\text{M2}$  – старший руководитель,  $\text{M1}$  – непосредственный руководитель,  $\text{C1}$  – ИТ-специалист,  $\text{C2}$  – профильный специалист,  $\text{СУ}$  – самоуправление исполнителя,  $\text{СМ}$  – его самомотивация,  $\text{СС}$  – его самостимулирование,  $\text{З}$  – запрос,  $\text{О}$  – отчет,  $\text{От}$  – ответ,  $\text{Ст}$  – внешние стандарты,  $\text{ПОТП}$  – программное обеспечение как технический продукт,  $\text{ПОКП}$  – программное

обеспечение как коммерческий продукт, Се – сертификат соответствия, Св – свидетельство на программный продукт, Пт – патент на изобретение, ЦИС МУ – цифровая информационная среда МУ).

ЦИС МУ включает в себя управленческие системы 3, 4 и 6 (рис. ) помимо систем медицинского и обслуживающего назначения.

### **Математическая модель многоуровневого управления деятельностью специалиста:**

На основе анализа [38] предложена математическая модель многоуровневого управления деятельностью IT-специалиста. Для модели характерна распределенность управленческих решений по времени [19].

$$\begin{cases} \frac{dx}{dt} = k_{11} * x + k_{12} * U_0 + k_{13} * E_0, \\ \frac{dU_0}{dt} = k_{21} * U_0 + k_{22} * U_1 + k_{23} * E_1, \\ \frac{dU_1}{dt} = k_{21} * U_1 + k_{22} * U_2 + k_{23} * E_2, \\ \frac{dU_2}{dt} = k_{31} * U_2 + k_{32} * U_3 + k_{33} * E_3, \\ \frac{\partial U_3}{\partial t} = -k(x - X - E_5 - R_{s4}) + k_{31} * U_4, \\ \frac{dU_4}{dt} = k_{41} * U_4 + k_{42} * U_3 + k_{43} * E_3 + k_{44} * U_1 + k_{45} * U_2 + k_{46} * U_0, \\ E_i = F(L), \end{cases} \quad (1)$$

где  $x$  – продукт исполнителя;  $t$  – время,  $U_0, E_0$  – самоуправление и самомотивация исполнителя,  $U_1, E_1$  – базовое воздействие и мотивирование, стимулирование от непосредственного руководителя,  $U_2, E_2$  – базовое воздействие и мотивирование, стимулирование от старшего руководителя,  $U_3, E_3$  – базовое воздействие и мотивирование, стимулирование от топ-менеджмента,  $U_4$  – управление контроллинга,  $E_5$  – мотивирование, стимулирование старшего руководителя,  $R_{s4}$  – распределенность руководства,  $X$  – норматив на продукт,  $i$  – номер уровня управления,  $k_{ij}$  – коэффициенты,  $j$  – порядковый номер,  $F(L)$  – функция мотивирования, стимулирования.

В качестве функции мотивации можно взять [28]:

$$E_i = R_i * \frac{d^2 Y_i}{dt^2} + \frac{2 * F_i \sqrt{R_i * A_i}}{Q * (R_i + A_i + F_i)} * \frac{dY_i}{dt} + \frac{A_i}{Q^2} Y_i, \quad (2)$$

где  $R_1 \div R_4$  – ригидность исполнителя, непосредственного и старшего руководителя, топ-менеджера,  $Y_1 \div Y_4$  – уровень мотивированности исполнителя, непосредственного и старшего руководителя, топ-менеджера,  $A_1 \div A_4$  – агрессивность исполнителя,

непосредственного и старшего руководителя, топ-менеджера, F1÷F4 – фрустрация исполнителя, непосредственного и старшего руководителя, топ-менеджера.

### Результаты и вывод

1. Проведён литературно-аналитический обзор по направлениям: модели управления, управление в здравоохранении, мотивация, стимулирование, деятельность IT-специалиста, механизм управления;
2. На основе найденных прототипов составлены системно-структурные модели механизма деятельности IT-специалиста МУ, и схема управления деятельностью IT-специалиста МУ;
3. Предложена математическая модель многоуровневого управления деятельностью IT-специалиста МУ.

Полученного материала достаточно для продолжения исследования.

### Список литературы

1. Хаббард Р. Дианетика: современная наука о разуме / Р. Хаббард – , 2001.– 896с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. Р. Лурия – М.: Издательский центр «Академия», 2003.– 384с.
3. Андерсон Д. Когнитивная психология / Д. Андерсон – СПб.: Питер, 2002.– 496с.
4. О повышении доступности медицинской помощи и расширении возможностей её оказания [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/orders/selection/405/14957/> (дата обращения: 29.03.2018).
5. ФГОС ВО 3+ - Российское образование федеральный портал [Электронный ресурс]. URL: <http://www.edu.ru/abitur/act.82/index.php#Par200> (дата обращения: 29.03.2018).
6. Профессиональные стандарты в области ИТ [Электронный ресурс]. URL: <http://www.apkit.ru/committees/education/meetings/standarts.php> (дата обращения: 07.03.2018).
7. Standards catalogue 35.080 - Software [Электронный ресурс]. URL: <https://www.iso.org/ics/35.080.html> (дата обращения: 29.03.2018).
8. Гладских Н.А. Принципы моделирования и управления системой здравоохранения / Н. А. Гладских, О. В. Судаков, Н. Ю. Алексеев, Е. В. Богачева // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19 – № 3 – С.47–52.
9. Блохина С.И. Двухуровневая схема управления медицинского учреждения / С. И. Блохина, С. Л. Гольдштейн, В. П. Козлова, Д. Л. Мелких // Материалы Уральской научно-практической конференции «Медицинская и биологическая кибернетика». – , 1998. – С.22–24.
10. Чеченин Г.И. Информационное обеспечение управления здравоохранением: история системно-аналитического развития / Г. И. Чеченин, В. К. Гасников // Менеджер здравоохранения. – 2017. – Т. 3 – С.4.
11. Гусев А. О проекте «Цифровое здравоохранение» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kmis.ru/blog/o-proekte-tsifrovoe-zdravookhranenie> (дата обращения: 06.07.2018).
12. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г. Э. Улумбекова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.– 592с.
13. Шляхто Е.В. Трансляционные исследования как модель развития современной медицинской

- науки / Шляхто Е.В. // Трансляционная медицина. – 2014. – № 1 – С.5–18.
14. Рожников В.А. Психология программирования: цели, проблемы, перспективы / В. А. Рожников // Общество: социология, психология, педагогика. – 2014. – № 3.
15. Кулинцева Ю.С. Взаимосвязь особенностей профессиональной деятельности и индивидуально-типологических свойств личности студентов-программистов / Ю. С. Кулинцева, Е. В. Здоровцева // Eur. Conf. Educ. and Applied Psychol. 2nd Int. Sci. Conf. (14th May, 2014). – Vienna: East West, 2014. – С.279–285.
16. Лапчик М.П. Развитие профессионального самоопределения учащихся при обучении программированию в системе дополнительного образования / М. П. Лапчик, А. Е. Руденко // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 6–2 – С.214–217.
17. Юдина С.В. Мотивация интеллектуальных работников / С. В. Юдина // Вестник Пермского университета. Серия: Экономика. – 2012. – № 3.
18. Верещагина Л.А. Доминирующие потребности и профессиональные мотивы специалистов в сфере информационных технологий / Л. А. Верещагина, В. Е. Погребницкая, А. В. Чугаева // Петербургский психологический журнал. – 2014. – № 7 – С.1–30.
19. Блохина С.И. Многоуровневое управление в научно-практическом медицинском учреждении / С. И. Блохина, С. С. Печеркин, С. В. Кабанова, В. П. Козлова, С. Л. Гольдштейн // Сб. «Интеллектуальные информационные технологии в управленческой деятельности». – 2001. – С.244–252.
20. Чекмарев О.П. Мотивация и стимулирование труда / О. П. Чекмарев – СПб., 2013.– 343с.
21. Новиков Д.А. Структура теории управления социально-экономическими системами / Д. А. Новиков // Управление большими системами: сборник трудов. – 2009. – № 24 – С.216–258.
22. Троицкая Е.А. Математическая модель мотивационной составляющей процесса обучения / Е. А. Троицкая // Современные наукоемкие технологии. – 2015. – № 12–3 – С.556–560.
23. Бугорский В.Н. Принципы математического моделирования мотивации к труду / В. Н. Бугорский, И. Д. Котляров, В. И. Фомин // Прикладная информатика. – 2007. – № 3.
24. Котляров И.Д. Векторная модель мотивации к труду / И. Д. Котляров // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. – 2006. – Т. 11 – № 3.
25. Беднарчик А.А. Математическая модель стимулирования мотивации труда на промышленных судах / А. А. Беднарчик, В. С. Спицын, В. И. Меньшиков // Вестник Мурманского государственного технического университета. – 2014. – Т. 17 – № 1.
26. Пунтус С.А. Математическое моделирование процессов стимулирования труда работников в коммерческих организациях // – 2002.
27. Федосеев В.В. Математическое моделирование в экономике и социологии труда / В. В. Федосеев – ЮНИТИ, 2007.
28. Либерман Я.Л. Прогрессивные методы мотивирования жизненной активности в период поздней зрелости / Я. Л. Либерман, М. Я. Либерман – , 2001.– 102с.
29. Тейлор Ф.У. Принципы научного менеджмента / Ф. У. Тейлор // Управление мегаполисом. – 2009. – № 6 – С.69–83.
30. Маслоу А.Г. Мотивация и личность:[пер. с англ.] / А. Г. Маслоу – Издательский дом" Питер", 2009.
31. Бацокин А.О. Актуальность двухфакторной теории мотивации Фридриха Герцберга / А. О. Бацокин // Всероссийский журнал научных публикаций. – 2013. – № 5 (20).
32. Макклелланд Д. Мотивация человека / Д. Макклелланд – Москва: Питер, 2007. Вып. науч. ред.– 669с.
33. Дейнека А.В. Управление персоналом : учебник / А. В. Дейнека – М. : Издательско-торговая

корпорация «Дашков и Ко», 2013.– 292с.

34. Иванов Д.Ю. Прикладная модель системы материального стимулирования (на примере предприятия специального машиностроения) / Д. Ю. Иванов // Проблемы управления. – 2010. – № 6.

35. Новиков Д.А. Стимулирование в социально-экономических системах (базовые математические модели) / Д. А. Новиков // М. ИПУ РАН. – 1998. – Т. 216.

36. Дилигенский Н.В. Математическое моделирование и обобщённое оценивание эффективности производственно-экономических систем / Н.В. Дилигенский, М.В. Цапенко // Труды VI Международной конференции «Проблемы управления и моделирования в сложных системах». – , 2004. – С.96.

37. Барлукова А.В. Механизм управления как неотъемлемый элемент системы управления туризмом / А. В. Барлукова // Известия Байкальского государственного университета. – 2010. – Т. 6 – С.121–124.

38. Печеркин С.С. Устойчивость, стимулируемость и распределенность многоуровневого управления: постановка задачи / С. С. Печеркин, С. Л. Гольдштейн, С. В. Кабанова, А. И. Короткий // Материалы III международного НПС «Интеллектуальные информационные технологии в управленческой деятельности». – Екатеринбург: ИПК УГТУ-УПИ, 2001. – С.244–253.

39. Реймаров Г.А. Комплексная оценка персонала / Г. А. Реймаров – М: ЛКИ, 2010.– 424с.

40. Дружинин В.В. Системотехника / В. В. Дружинин, Д. С. Конторов – М.: Радио и связь, 1982.– 200с.

41. Донцов О.Г. Мотивирование и стимулирование в модели многоуровневого управления / О. Г. Донцов, С. Л. Гольдштейн // Тезисы докладов V Международной молодежной научной конференции, посвященной памяти Почетного профессора УрФУ В.С. Кортова (Секция 5) Физика. Технологии. Инновации ФТИ-2018 (14–18 мая 2018 г.). – Екатеринбург: УрФУ, 2018. – С.11–12.

42. Гольдштейн С.Л. Системно-интеграционная парадигма как база для контроллинга в интересах устойчивого развития региона / С. Л. Гольдштейн, С. С. Печеркин // Сб. «Интеллектика. Логистика. Системология». – Челябинск ЧНЦ РАН. – 2006. – № 16 – С.93–106.

43. Вайно А.Э. Упреждающее управление сложными системами / А. Э. Вайно, А. А. Кобяков, В. Н. Сараев // Вестник экономической интеграции. – 2011. – № 11 – С.7–21.

44. Боброва Е.Г. Концептуальные модели мотивирования и стимулирования в интересах медицинской организации / Е. Г. Боброва, С. Л. Гольдштейн, О. Г. Донцов // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – № 7 – С.12–19.

45. Гольдштейн С.Л. Настройка корпоративных информационных систем на задачи предприятия / С. Л. Гольдштейн, И. В. Кашперский – Екатеринбург: Форт Диалог-Исеть, 2006.– 132с.

---

Донцов Олег Григорьевич – системотехник ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620019, г. Екатеринбург ул.Бардина, 9а, тел. 240-42-68 bonum@bonum.info

## ОСОБЕННОСТИ ВОЛОНТЕРСТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**Кравцова И.Ф.<sup>1</sup>, Шурыгина Е.П.<sup>2</sup>, Савинов К.Н.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского» г. Екатеринбург, корпус паллиативной медицинской помощи

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью

В статье анализируется двухлетний опыт привлечения волонтеров (добровольцев) в отделение паллиативной медицинской помощи МБУ ЦГБ № 2 г. Екатеринбурга. Выделено несколько групп волонтеров: имеющие и не имеющие медицинскую подготовку; добровольцы, осуществляющие уход за тяжелыми пациентами, проводящие арт-терапию и помогающие в удовлетворении бытовых потребностей. Делаются выводы о том, что в работе отделения паллиативной помощи должны принимать участие волонтеры, они являются необходимой составной частью паллиативной помощи. Добровольцы должны быть подготовлены к работе с паллиативными больными, осуществлять работу под руководством специалиста. Обучение является обязательным и требует тщательного отбора волонтеров.

**Ключевые слова:** волонтерство, благотворительность, паллиативная помощь.

## Features of volunteering in palliative care

**Kravtsova I.F., Shurygina E.P., Savinov K.N**

<sup>1</sup> MBU of the Central Clinical Hospital No. 2, Ekaterinburg,

<sup>2</sup> Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

The article analyzes the two-year experience of attracting volunteers (volunteers) to the department of palliative care of the MBU of the Central Clinical Hospital No. 2 in Ekaterinburg. Several groups of volunteers have been identified: those with and without medical training; volunteers, caring for serious patients, conducting art therapy and helping to meet domestic needs. Conclusions are drawn that volunteers should take part in the work of the palliative care unit, they are an essential part of palliative care. Volunteers should be prepared to work with palliative patients, carry out work under the guidance of a specialist. Training is compulsory and requires careful selection of volunteers.

**Keywords:** volunteerism, charity, palliative care

### Введение

2018 год в России объявлен годом волонтера. Благотворительность в сфере охраны здоровья, родившись более ста лет назад, приобрела массовый характер. По данным

статистических исследований подавляющее большинство граждан России поддерживают развитие благотворительности в сфере оказания помощи в медицинских учреждениях. Этот вид волонтерской помощи занял третье место среди самых востребованных направлений после помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и поиска пропавших людей. В России волонтерство контролируется высшими органами власти и регулируется законодательными актами. [1] Волонтерство в Свердловской области по темпам развития не уступает благотворительности России. Накопив определённый опыт работы волонтеров в организациях здравоохранения Свердловской области и Екатеринбурга, необходимо проанализировать результаты, обсудить успешные практики и актуальные проблемы. Сегодня добровольчество в сфере здравоохранения остается эффективным инструментом реализации гражданского, личного и профессионального потенциала обучающихся образовательных организаций, медицинского персонала, а также граждан, заинтересованных в волонтерской деятельности в здравоохранении.

**Цель работы** – улучшение организации работы волонтеров (добровольцев) в отделении паллиативной медицинской помощи.

#### **Материалы и методы исследования**

Корпус паллиативной медицинской помощи МБУ ЦГБ № 2 имени А.А. Миславского г. Екатеринбурга на 30 коек был открыт 1 июля 2016 года, в январе 2018 г. отделение расширено до 50 коек. [2] За два года работы паллиативную помощь получили 1508 (100%) человек. Соотношение женщин и мужчин было 1 : 1,2. Возраст пациентов колебался от 22 (острый лимфобластный лейкоз) до 95 (инфаркт мозга), в среднем составил  $67,6 \pm 0,5$  лет. Средний койко–день в отделении был  $16,3 \pm 0,3$  дня. Летальность составила 48,86%. Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями. Подавляющее большинство наших пациентов традиционно были онкологического профиля – 73,21%. На втором месте по частоте госпитализации больные с неврологической патологией – 19,36%. Третье место у пациентов с сердечно–сосудистыми заболеваниями – 5,44%. В единичных случаях госпитализировали больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (0,26%), хроническими заболеваниями печени (0,66%), ревматоидным артритом (0,8%), рассеянным склерозом (0,13%) и болезнью Паркинсона (0,13%).

Уже в период строительства и оснащения паллиативного отделения благотворители оказывали значительную помощь. В первые два года работы отделения мы активно привлекали добровольцев (волонтеров) к посильной помощи. Ежемесячно в отделении

работало в среднем  $43,6 \pm 1,8$  добровольных помощника. Чаще всего команда волонтеров включала от 5 до 10 волонтеров, деятельность которых координировал выделенный специалист: И.Ф. Кравцова, имеющая педагогическое, психологическое образование и дополнительно специальную подготовку по паллиативной помощи.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В поисках волонтеров мы обращались в различные организации, учебные заведения города, благотворительные фонды, религиозные сообщества. В феврале 2018 года между Всероссийским общественным движением добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики» и Муниципальным бюджетным учреждением Центральная городская больница №2 им. А.А. Миславского было заключено Соглашение о сотрудничестве.

Пока это направление работы не дало ожидаемых результатов, но мы надеемся на дальнейшее более продуктивное сотрудничество.

Перед началом осуществления волонтерской деятельности все желающие проходили анкетирование и собеседование для выяснения их психологического настроения и возможности принимать участие в оказании помощи паллиативным пациентам. И, это первая особенность волонтерства в паллиативной помощи, не все претенденты подходят и не все желающие проходят отбор.

Затем волонтеры получают первичный инструктаж в «Школе ухода» при отделении. В последующем регулярно проводится оценка их деятельности, обсуждение ее результатов, а также осуществляется непрерывное обучение волонтеров. Число таких «постоянных» волонтеров ежемесячно составляло в среднем  $22,4 \pm 2,6$  человека.

Наиболее многочисленный отряд волонтеров – это студенты медицинского университета и колледжей. Привлечение их к добровольческой деятельности снижает нагрузку на медицинский персонал, повышая скорость и качество оказания медицинской помощи. Направления их деятельности: помощь в транспортировке пациентов, сопровождение больных на диагностические и лечебные процедуры. Помощь в мониторинге показателей жизнедеятельности: проведение термометрии, измерения артериального давления, частоты пульса, частоты дыхания и т.д.; помощь в санитарно-гигиенической уборке и дезинфекции процедурной, перевязочной; помощь палатной медицинской сестре в уходе за пациентами. Под уходом за больными понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Добровольцы (волонтеры), ввиду новизны подобной деятельности не успевшие испытать перегрузок и профессионального выгорания, привносят в повседневный быт больных

элементы оптимизма и психологической разгрузки, создавая тем самым благоприятный психологический климат.

В отличие от помощи в медицинском уходе, осуществлять повседневный уход за больными могут лица, не имеющие специального медицинского образования. Например, члены религиозных общин. На постоянной основе с нами работают волонтеры отдела социального служения Екатеринбургской епархии. Под руководством куратора организована группа добровольцев паллиативного медицинского отделения. Направления их деятельности: помощь в поддержании гигиены пациента; помощь в смене нательного и постельного белья; помощь в транспортировке; помощь в осуществлении кормления; помощь в отслеживании динамических показателей (давление, пульс, температура тела); помощь в поддержании гигиены помещения, в котором находится больной.

Ещё одна «особенная» группа волонтеров, осуществлявшая не медицинскую, но очень нужную помощь паллиативным пациентам. Условно назовем эту помощь «Арт-терапия». Таких добровольцев ежемесячно было в среднем  $23,1 \pm 3,1$  человека. Арт-терапия состояла из разнообразных мероприятий, например, концерты в отделении ежемесячно давали от 6 до 12 добровольцев, в среднем  $7,9 \pm 0,8$  раз. Мастер-классы проводили  $7,0 \pm 0,7$  волонтеров, это и лепка, и рисование, различные поделки, игрушки, обереги. Два-три раза в месяц приходят в отделение четвероногие лекари, проводятся сеансы канис-терапии. Радуют наших паллиативных пациентов и визиты парикмахера.

По результатам и под влиянием совместной работы, отдел социального служения Екатеринбургской епархии и наши канис-терапевты подали на грантовый конкурс заявки, на адресную помощь тяжелобольным и развитие и изучение влияния канис-терапии на состояние паллиативных пациентов.

Значимо и результативно всегда проходят массовые добровольческие мероприятия. Благодаря объявленным и проведенным субботникам мы смогли провести такие работы, как уборка третьего этажа после ремонта, привели в порядок и благоустроили территорию вокруг корпуса.

Волонтеры помогают нам не только в работе с пациентами, но и в создании домашнего уюта в отделении, помогающие в удовлетворении бытовых потребностей. Это свежие цветы в палатах, книги, картины, проведение «посиделок» за круглым столом.

Волонтеры оказывали поддержку и неформальное общение с пациентами и их семьями во время госпитализации, переживания боли, горя и тяжелой утраты. Добровольцы играли важную роль в психологической и эмоциональной поддержке пациентов и их родственников, а также способствовали сохранению и улучшению качества жизни.

Например, летом 2017 года в отделении паллиативной помощи МБУ ЦГБ № 2 находился пациент Б-в и ухаживающая за ним супруга, которая в письменном виде выразила благодарность волонтерам-студентам медицинского университета группы ОЛД-110, главному врачу больницы Савинову К.Н. и Уральскому медицинскому университету, осуществлявшему подготовку волонтеров.

### **Выводы:**

1. В работе отделения паллиативной помощи должны принимать участие волонтеры. Волонтеры являются необходимой составной частью паллиативной помощи.
2. Волонтеры должны быть подготовлены, осуществлять работу под руководством специалиста. Обучение является обязательным и требует тщательного отбора волонтеров.
3. Волонтеры работают в составе команды. В междисциплинарной команде волонтеры не заменяют никого из членов команды, но дополняют их работу.

### Список литературы

1. Методические рекомендации по организации работы добровольцев в сфере охраны здоровья / П.О. Савчук, Г.Г. Надарейшвили, Н.В. Белокопытова и др. – М.: Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья Минздрава России, 2018. – 28с.
2. Шурыгина Е.П. Роль хирурга в паллиативной помощи. Двухлетний опыт. – Системная интеграция в здравоохранении. – № 2 (39) 2018 – [www.sis-int.ru](http://www.sis-int.ru)

---

Кравцова Ирина Фадеевна - начальник корпуса паллиативной медицинской помощи Муниципального бюджетного учреждения «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского» г. Екатеринбург, пер. Северный, 2, телефон 89122452301, e-mail: irkravcova@yandex.ru

## СУРДОПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

Пудов В.И.<sup>1</sup>, Зонтова О.В.<sup>1</sup>, Пудов Н.В.<sup>2</sup>, Зонтов В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

<sup>2</sup> Некоммерческое партнерство содействия реабилитации людей с ограниченными возможностями по слуху Родительское объединение «Я слышу мир!»

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт кино и телевидения»

Одним из актуальных направлений в коррекционно-педагогической помощи детям с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации является определение качества их физического слуха и настройки процессора системы кохlearной имплантации. Цель нашего исследования - разработать систему педагогических методов и приемов для проведения диагностики слухового восприятия. Разработана серия специальных педагогических приемов диагностики слухового восприятия у детей с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации, включающая три блока ее реализации: фонематический слух, неречевой и музыкальный слух.

Предложенная методика диагностики способствует становлению физического слуха у ребенка с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации, а занятия с педагогами и близкими помогают развиваться функциональному, что стимулирует формирование спонтанной устной речи ребенка и его интеграцию и социализацию.

Разработанную методику могут использовать дефектологи, сурдопедагоги, логопеды, родители и специалисты по настройке.

**Ключевые слова:** нарушение слуха, диагностика слуха, слуховое восприятие, сурдопедагогика, дети с нарушениями слуха, кохlearная имплантация, реабилитация, слуховые аппараты, настройка процессора.

## Auditory perception of children with hearing loss and surdopedagogics diagnosis

Pudov V.<sup>1</sup> Zotova O.<sup>1</sup>, Pudov N.<sup>2</sup>, Zontov V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Federal state budgetary institution "St. Petersburg research Institute of ear, throat, nose and speech" of the Ministry of health Of the Russian Federation

<sup>2</sup> Non-profit partnership for the promotion of rehabilitation of people with hearing disabilities Parent Association " I hear the world! »

<sup>3</sup> Federal state budgetary educational institution of higher education " St. Petersburg state Institute of film and television »

One of the actual directions in correctional and pedagogical assistance to children with hearing impairment and after cochlear implantation is to determine the quality of their hearing. The purpose of our study is to develop a system of pedagogical methods and techniques for the diagnosis of auditory perception. A series of special pedagogical methods of diagnostics of auditory perception in children with

hearing impairment and after cochlear implantation, including three blocks of its implementation: phonemic hearing, non-speech and musical hearing, has been developed.

The proposed method of diagnosis contributes to the formation of physical hearing in a child with hearing impairment and after cochlear implantation, and classes with teachers and friends help to develop functional, which stimulates the formation of spontaneous speech of the child and its integration and socialization.

The developed technique can be used by speech pathologists, audiologists, speech therapists, parents and tuning specialists.

**Key words:** hearing impairment, diagnostics of hearing, auditory perception, deaf pedagogy, children with hearing impairment, cochlear implantation, rehabilitation, hearing AIDS, processor adjustment.

### **Актуальность исследования**

В современном мире, где количество глухих людей растет с каждым годом, очень важно постараться вернуть их к обычной, активной жизни в обществе, дать им возможность слышать мир, жить полной жизнью и трудиться на благо общества и самих себя. Детская тугоухость является серьезной медицинской, социальной и педагогической проблемой, особенно это относится к врожденной тугоухости. Снижение слуха у детей с врожденной тугоухостью приводит к нарушениям в речевом развитии, общем развитии ребенка и ограничивает возможности познания окружающего мира. Для предотвращения последствий детской тугоухости и глухоты в стране разработана стратегия раннего вмешательства и программа аудиологического скрининга новорожденных, основанный на объективных методах исследования слуха. Стратегия раннего вмешательства предусматривает: раннее выявление нарушений слуха, раннее слухопротезирование, ранняя слухоречевая абилитация. Необходимая стратегия абилитации детей с врожденной тугоухостью должна исходить из особенностей слуховых нарушения и современных технических возможностей компенсации потери слуха [ 1 - 3].

На сегодняшний день метод кохlearной имплантации является единственным эффективным и самым современным медико-технический и психолого-педагогический способом реабилитации лиц с нарушенным слухом и глухотой. Увеличение объемов проведения кохlearной имплантации вызывает необходимость в улучшении организации этого вида медицинской помощи и, прежде всего, послеоперационной слухоречевой реабилитации. При этом эффективность кохlearной имплантации определяется не столько качеством проведения самой операции, сколько качеством послеоперационной коррекционно-педагогической помощи и настройки процессора системы. Процедура кохlearной имплантации осуществляется в несколько периодов: дооперационный, операция и восстановительное лечение, послеоперационный (включает первоначальный,

основной и заключительный этапы коррекционно-педагогической помощи), представлена нами в таблице 1.

Таблица 1  
Периоды и этапы реабилитации

Доопре- ционный период	Операция и период восстановительного лечения	Послеоперационный период		
		Первоначальный этап	Основной этап	Заключи- тельный этап

Послеоперационный период является ведущим, обязательным для всех категорий детей и самым продолжительным периодом всего комплекса медицинских услуг, определяющих конечный результат кохlearной имплантации [4 – 9]. При этом, первоначальный этап, кроме проведения целенаправленных занятий по развитию слуха и речи у детей, включает первое включение и настройку процессора, как основу физического слуха, на базе которого формируются и развиваются более дифференцированные слуховые представления и становится спонтанная устная речь. На последующих этапах послеоперационного периода (основном и «заключительном») также свою значимость сохраняют регулярные настройки процессора и контроль их качества. Контроль качества настроек процессора системы кохlearной имплантации проводится специалистом по настройке и педагогом [1- - 12].

При этом актуальным является вопрос диагностики слуха детей и взрослых для контроля их физического и функционально слуха, в том числе в условиях слухопротезирования и после кохlearной имплантации. На сегодняшний день разработано значительное количество медико-технических методов оценки слуховой функции человека (объективные и субъективные). Объективные методы включают в себя регистрацию данных без использования ответа самого ребенка, например, для детей после кохlearной имплантации: телеметрия нервного ответа, регистрация стапедиального рефлекса и коротколатентных стволовых вызванных потенциалов в ответ на электрическую стимуляцию. У части детей после кохlearной имплантации нет возможности провести регистрацию данных методов по разным причинам. Кроме того, данные методы не всегда являются достоверными. Именно поэтому важно подключить в оценку качества настройки субъективные методы, учитывая собственную реакцию ребенка и ее характер на те или иные неречевые и речевые звуки. Из субъективных методов для детей после кохlearной имплантации используются: детекция на звук, категоризация звуков по громкости, аудиометрия в свободном звуковом поле. В этих случаях специалист по настройке процессора системы кохlearной имплантации отмечает

наличие реакции ребенка на звуки чистых тонов различной частоты. Исходя из данных ученых реакция ребенка на чистые тоны и на неречевые и речевые звуки существенно различается.

Рассмотренные методы по определенным причинам, не всегда удается их применять достоверно в практической работе. Что связано с большой погрешностью субъективных методов и учетом фактора измерения слуховой функции на уровнях – до коры головного мозга. При этом, именно кора головного мозга отвечает за способность различать, опознавать и распознавать звуки.

В связи с этим важно применять в практической сурдопедагогической работе более расширенный и стандартизированный спектр субъективных методов, позволяющих установить уровень сформированности физического и функционального слуха человека. Что является ведущей предпосылкой к становлению и последующему развитию на их основе естественной спонтанной речи у детей с нарушенным слухом.

**Цель исследования** – разработать и апробировать эффективность нового комплексного педагогического метода диагностики слухового восприятия у детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации.

### **Задачи:**

1. Обосновать необходимость использования метода сурдопедагогической диагностики слухового восприятия.
2. Внедрить в практическую работу метод сурдопедагогической диагностики слухового восприятия для детей с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации для оптимизации диагностики.
3. Оценить эффективность внедренного метода сурдопедагогической диагностики слухового восприятия.
4. Определить дальнейшие перспективы развития данного метода в диагностике и реабилитации детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации.

### **Материалы и методы исследования**

Предложенный нами метод сурдопедагогической диагностики слухового восприятия предполагает изучение физического и функционального слуха в следующих трех аспектах. Фонематическая диаграмма (см. таб. №2) предполагает установление наличия реакции на изолированные звуки речи в двух громкостях (тихие, громкие) и трех частотных диапазонах (низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные).

Таблица 2  
Распределение звуков в силовых и частотных диапазонах

	Громкие	Тихие
Низкочастотные	У Пики: 200-700 Гц	о Пики: 200-3000 Гц
Среднечастотные	А Пики: 1000-4000 Гц	щ Пики: 3000-5000 Гц
Высокочастотные	И Пики: 5000-7000 Гц	сь Пики: 4000-9000 Гц

Неречевая диаграмма предполагает установление наличия реакции на неречевые звуки окружающего мира в трех частотных диапазонах (низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные). Музыкальная диаграмма предполагает установление наличия реакции на музыкальные звуки фортепиано в трех частотных диапазонах (низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные).

Исследование проводилось на базе различных центров реабилитации в РФ в период 2015–2017 гг. и включало 150 человек, схожих по статусу, – детей дошкольного возраста после кохlearной имплантации на первоначальном периоде реабилитации с уровнем реабилитационного потенциала А1 (отмечаются начальные слухоречевые навыки). Для сравнения результатов предложенной методики нами использовались медицинские методы оценки качества настройки: субъективный – аудиометрия в свободном звуковом поле, объективный – регистрация телеметрии нервного ответа.

По итогам примененного метода сурдопедагогической диагностики слухового восприятия и сравнении данных с медицинскими методами проводилась коррекция настроек процессора детей после кохlearной имплантации, Далее проводился повторный сравнительный анализ: применялся метод сурдопедагогической диагностики слухового восприятия, аудиометрия в свободном звуковом поле и регистрация телеметрии нервного ответа.

**Результаты** показали, что предложенный новый метод сурдопедагогической диагностики слухового восприятия коррелирует с медицинскими методами диагностики адекватности процессора системы кохlearной имплантации. В результате коррекции настройки процессора при применении метода сурдопедагогической диагностики слухового восприятия и сравнении с медицинскими методами у детей отмечается положительная динамика в слухоречевом развитии. Данный метод может быть использован в практической работе.

Нами определены **перспективы исследования** – продолжение разработки метода сурдопедагогической диагностики слухового восприятия для детей и взрослых с нарушенным слухом и после кохlearной имплантации для диагностики функционального

слуха: фонематический слух, восприятие интонации, в том числе с использованием компьютерных технологий.

Список литературы

1. Андреева, Л.В. Сурдопедагогика: учебник для студентов высших учебных заведений / Л. В. Андреева/ Под научной редакцией Н.М. Назаровой, Т.Г. Богдановой. – М. : Академия, 2005.
2. Королева, И.В. Реабилитация глухих детей и взрослых после кохлеарной и стволомозговой имплантации. – СПб. : КАРО, 2016.
3. Пудов, В.И. Настройка речевого процессора: методические рекомендации. – СПб. : ФГУ НИИ уха, горла, носа и речи, 2011.
4. Гончарова, Е.Л. Психолого-педагогическая помощь после кохлеарной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка. Монография. / Е.Л.Гончарова, О.И.Кукушкина, О.С.Никольская – М. : Полиграф сервис, 2014.
5. Дайхес Н.А., Орлова О.С., Тарасова Г.Д. Правовые и социальные вопросы в реабилитации тугоухости и глухоты в детском возрасте // Российская оториноларингология. 2003. № 3 (6). С. 55-61.
6. Зонтова О.В. Рекомендации для родителей по развитию слухового восприятия у детей с нарушенным слухом (с рабочими тетрадями)/ Под ред. И.В.Королевой., СПб. : Умная Маша, 2010. -200 с.
7. Малофеев, Н.Н. Кохлеарная имплантация. Что должен знать родитель, принимающий решение об имплантировании ребенка с нарушенным слухом. / Н.Н. Малофеев // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2012. – № 12, С. 3-10.
8. Таварткиладзе, Г.А. Дети с кохлеарными имплантами: научно-популярное издание / Г.А.Таварткеладзе, В.В.Бахшиян , Н.Н.Малофеев О.И., Кукушкина, Е.Л Гончарова, А.И.Сатаева, Е.Р.Баенская, М.Р.Хайдарпаши., И.И.Кукушкин – М : Национальное образование, 2017.
9. Янов Ю.К., Кузовков В.Е., Вахрушев С.Г., Пудов В.И., Левин С.В., Сугарова С.Б. Организация долговременной поддержки пациентов с кохлеарными имплантами в удаленных регионах. Вестник оториноларингологии.- 2011.- №3.- С.8-10
10. Королева, И.В. Послеоперационная реабилитация постлингвальных пациентов с кохлеарными имплантами /И.В.Королева, В.И.Пудов, О.В.Зонтова // Новости оториноларингологии и логопатологии - 2001, №3.
11. Королева, И.В. Реабилитация постлингвальных детей и взрослых с кохлеарными имплантами / И.В.Королева, В.И.Пудов, О.В.Зонтова. // Дефектология, № 5, 2001.

12. Тарасова Н.В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной имплантации в центре оториноларингологии: Диссертация кандидата педагогических наук: 13.00.03. – Москва, 2010. - 217 с.

---

Пудов Виктор Иванович – к.м.н., ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, 198412, г.Санкт-Петербург, ул.Победы, 36/2- 370, e-mail: ozontova@yandex.ru.

## АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА МЕЖДУ ПЕЧАТНЫМИ И ЭЛЕКТРОННЫМИ ИЗДАНИЯМИ ДЛЯ КУРСА ФИЛОСОФИИ

**Власова Е.В., Чемезов С.А., Иванова Н.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

В статье рассматриваются предпочтения у студентов первого курса медицинского университета при выборе учебных пособий при прохождении ими курса философии. Проанализирована частота использования студентами традиционных (рукописных и печатных) учебно-методических материалов и их электронных аналогов. По результатам анкетирования выявлена высокая доля использования печатных материалов студентами, при наличии доступа к электронным материалам в сети университета.

**Ключевые слова:** электронные образовательные ресурсы, печатные учебные издания, преподавание философии.

### **Analysis of the preferences of the students of medical university between the printed and electronic editions for the course of philosophy**

**Vlasova E.V., Chemezov S.A., Ivanova N.V.**

*Federal state-funded educational institution of the higher education  
«Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Yekaterinburg*

The article discusses the preferences of first-year students of the medical university when choosing textbooks when they complete a philosophy course. The frequency of students using traditional (handwritten and printed) teaching materials and their electronic counterparts is analyzed. According to the results of the survey, a high proportion of use of printed materials by students was revealed, with access to electronic materials in the university network.

**Keywords:** e-learning resources, printed educational publications, teaching philosophy.

#### **Введение**

Современные методы преподавания в средней и высшей школе предусматривают использование учащимися электронных образовательных ресурсов (ЭОР) в виде учебных пособий или модулей онлайн курсов с аудио- и видеоресурсами в процессе освоения различных дисциплин [1]. Современный процесс обучения предусматривает

использование учащимися электронных библиотечных систем (ЭБС) через доступ к Интернет, или снабжение их электронными книгами в дополнение к печатным изданиям. Наличие собственных ЭОР, ЭБС, входит в показатели мониторинга вузов [2]. Достоинства и недостатки использования гаджетов или ЭБС обучающимися уже неоднократно описаны в многочисленных публикациях, целью нашего исследования была проверка гипотезы, что современные студенты, при наличии легкого доступа к интернет-ресурсам предпочитают электронные ресурсы печатным источникам [3, 4, 5].

С целью изучения путей оптимизации методического обеспечения курса философии в мае 2017 года с использованием анкет было опрошено 137 студентов 2-го курса основных факультетов (лечебно-профилактического, педиатрического, медико-профилактического и фармацевтического) медицинского университета.

Было установлено, что для подготовки к семинарам и коллоквиумам по философии, 80% опрошенных пользовались конспектами лекций, 36% хрестоматией, в которой собраны все тексты для коллоквиумов, 37% методическими пособиями, 28% статьями, 24% учебником по философии, 24% философским словарем, 3% монографиями.

Естественно, что каждый из опрошенных студентов пользовался не одним, а несколькими источниками, при этом, исходя из процентного распределения понятно, что конспекты лекции наиболее востребованы по сравнению с другими способами получения информации. По данным обработки анкет выявлена очевидная зависимость востребованности лекционного материала от того, кто читает лекции. Здесь необходимо подчеркнуть несколько факторов, влияющих на предпочтение печатных материалов по лекции:

1. Качество самих лекций: информативность, логичность, возможность их записать.
2. Харизматичность лектора, убедительность и доходчивость изложения, так сказать, «художественное впечатление».
3. Степень совпадения лекционного и семинарного материала.
4. Востребованность лекционного материала возрастает, если лекции и семинары ведет один и тот же преподаватель.

В силу объемности информации в курсе философии нет возможности полностью дублировать лекционный материал на семинарах, он частично совпадает, частично расходится. Отдельные темы приходится выносить на самостоятельное рассмотрение. Огромное количество групп (30 на лечебно-профилактическом, 16 на педиатрическом, 8 на медико-профилактическом, 5 на фармацевтическом факультете) не позволяет одному лектору вести семинары во всех группах тех потоков, где он читает лекции.

Поэтому, если мы хотим, чтобы лекции оставались главенствующим источником информации, необходимо продолжать работу по совершенствованию их содержания и исполнения: насыщенность их свежими примерами, сопровождения их запоминающимися яркими художественными презентациями, оптимизация лекционного материала для записи.

Опрос показал высокую востребованность учебных и учебно-методических пособий (36-37%), созданных сотрудниками кафедры для обеспечения учебного процесса. Это, в частности:

- 1) учебно-методическое пособие «Философия»;
- 2) учебное пособие «Философские основы китайской культуры»;
- 3) «Хрестоматия по философии»;
- 4) учебно-методическое пособие «Использование наглядных образов в процессе изучения философии (рисуночный метод)» [6 - 11].

Все учебные и методические материалы кафедры существуют на бумажных носителях, а также в виде электронного контента на домашнем сайте кафедры – [dialectica-eniology.narood.ru](http://dialectica-eniology.narood.ru) (материалами с этого сайта пользовались 21% опрошенных студентов), на сайте [educa.ru](http://educa.ru) – 53%, частично на портале [do.teleclinica.ru](http://do.teleclinica.ru) -11 % [12].

Бумажными носителями пользовался 61 % опрошенных студентов.

В результате анализа полученных данных о предпочтении студентами вида издания (печатный/электронный) напрашиваются следующие выводы:

1. Бумажные носители не потеряли своей актуальности для студентов медицинского университета (поколений «Y» и «Z») и преподавателям есть смысл продолжать работать над подготовкой к изданию учебной и учебно-методической литературы.
2. С учетом современных тенденций по использованию ИКТ в процессе обучения переводить методические материалы и лекции в ЭОР.
3. Продолжить работу над наполнением и доступностью электронной информационной образовательной среды университета, используемой студентами.

#### Список литературы

1. О портале открытого образования: письмо Минобрнауки РФ от 17.08.2015 г. № 05-12442. [Электронный ресурс]: <https://nesmol.ru/wp-content/uploads/2015/08/o-portale-otkryitogo-obrazovaniya17.08.2015-1.pdf>
2. О внесении изменений в показатели мониторинга системы образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 января 2014 г. № 14"

[Электронный ресурс] : приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.11.2016 г. № 1399. URL: <https://rg.ru/2016/12/07/minobr-prikaz1399-site-dok.html>

3. Митрофанова К. А., Куликов С. Н., Пенькова Е. А. Применение электронных образовательных ресурсов для получения обратной связи об удовлетворенности образовательным процессом // Вестник УГМУ. – 2015. –С. 71.

4. Петрова Л. Е., Кузьмин К. В., Виртуальная академическая мобильность студентов посредством MOOCs : методические решения преподавателя вуза// Педагогическое образование в России/-2015.-№12.-С.177-182

5. Уленгова Т. Г., Ряйсянен Т. Н. Использование и роль современных электронных образовательных ресурсов в процессе преподавания математики в высшей школе // Научный форум: Педагогика и психология : сб. ст. по материалам IV междунар. науч.-практ. конф. – № 2 (4). – М.: МЦНО, 2017. С. 66–71.

6. Власова Е. В., Заболотских К. И., Шеметов Г. А. Философия : учебно-методическое пособие. изд. 2–е. Екатеринбург, 2016.

7. Власова Е. В., Шапошников Г. Н. Философские аспекты китайской культуры : учебное пособие. Екатеринбург, 2014.

8. Власова Е. В., Шапошников Г. Н. Философские аспекты китайской культуры [Электронный ресурс]: учебное пособие. URL: <http://do.teleclinica.ru/6405031>.

9. Хрестоматия по философии: учебное пособие / сост. Е. В. Власова. – изд. 2–е. Екатеринбург, 2016.

10. Хрестоматия по философии: учебное пособие / сост. Е. В. Власова. URL: <http://do.teleclinica.ru/93462>.

11. Власова Е. В. Использование наглядных образов в процессе изучения философии (рисуночный метод): учебно-метод. пособ. по курсу философии для студентов всех специальностей. Екатеринбург, 2013.

12. Портал дистанционного обучения УГМУ. – URL: <http://do.teleclinica.ru>.

---

Власова Елена Владимировна - к.фил.н., доцент, зав. кафедрой философии, биоэтики, культурологи ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620014, Екатеринбург, ул.Репина, 3, e-mail: [lenashifu@list.ru](mailto:lenashifu@list.ru)

## БИОЭТИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

**Джаныбекова И.А.**

*Международный университет Кыргызстана, г.Бишкек*

Качество жизни - важная составляющая категории жизнь. Качество жизни дает комфорт существования человеку. Качество жизни подразумевает разные стороны жизни человека. Качество жизни может быть улучшено на всех этапах жизни человека благодаря медицинской и немедицинской помощи. Главное, определить моменты, нуждающиеся в улучшении и обучить адаптивности, стратегии и тактике полноценной жизни.

**Ключевые слова:** биоэтика, качество жизни, обучение адаптивности

## Bioethics of quality of life

**Dzhanybekova I.A.**

*International University of Kyrgyzstan, Bishkek*

Quality of life (QL) - important category of life. Quality of life give comfort for humanity. Quality of life – different sites of human’s life. QL may improve of all stages of life due medicine and not medical support. Therefore, determine moments for improving QL and teach adaptation, strategy, tactics of full life.

**Keywords:** bioethics, quality of life, teach adaptation

### **Введение**

Главная ценность жизни – это сама жизнь. Различают границы бытия индивида. Бытие индивида характеризуется так называемым качеством жизни. Качество жизни (КЖ) – это полное физическое, психическое, социальное благополучие. КЖ и уровень жизни получаются не идентичными [1 - 4].

**Методы** - сравнение, анализ, метод герменевтики.

### **Результаты и их обсуждение**

Впервые медицинская общественность встретилась с этой самостоятельной дефиницией в Index Medicus в 70-е годы прошлого века. Постепенно КЖ вышло на первый план в общественном здравоохранении и стало основной причиной, задачей лечения [5, 6].

Общество стало обращать внимание на новое направление в организации здравоохранения как на биополитику.

По ВОЗ определение КЖ – индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Также существует такое определение КЖ как субъективное и многогранное понятие физических функций, психологического состояния, социальных взаимоотношений, соматических ощущений [7 - 9].

Можно КЖ обозначить как познавательное, социальное, физическое и эмоциональное функционирование человека в определенном государстве, сообществе с определенным типом устройства и законодательства и с соблюдением его прав и обязанностей [10 - 12].

Перспективы конкретного человека определяются его КЖ. КЖ включает оценку ряда величин. Эта оценка предопределяет глобальную конструкцию КЖ, которая может включать как минимум 4 параметра: физическое самочувствие, функциональные возможности, эмоциональное состояние (позитивный и негативный настрой), социальный статус (общественная и семейная активность, повседневная работоспособность, семейные обязанности, сексуальность, коммуникативность). Все это определяет философскую бисубстанциональность человека [13 - 16].

Структура личности имеет 3 уровня: биологический, психологический, социальный. Их сбалансированность и есть норма КЖ. Внешние факторы определяются государством.

КЖ по здоровью – интегральный показатель, имеющий 3 компонента: функциональное состояние, симптомы и терапию, восприятие и психическое состояние.

Таким образом, компонентами КЖ являются удовлетворенность степенью физического, психологического, социального, духовного благополучия [17 - 20].

Социальное благополучие подразумевает возможность участия в общественной жизни, коммуникацию, ограничение социальных возможностей по здоровью.

Психологическое благополучие – эмоциональное и интеллектуальное.

Физическое благополучие - определяет функции, зависит от заболевания (жалоб, диагноза, объективных признаков, физической активности, энергетического потенциала).

Уровень социальной поддержки, образование и психо-социальные особенности - факторы развития любой болезни.

Например, сердечно-сосудистые патологии (ССП) обычно связаны с депрессией, тревожностью, одиночеством. Нарушение сна, проблемы в семье, финансовые трудности могут быть факторами риска СПП и др. Снижение функциональных возможностей

сердечно-сосудистой системы неблагоприятно воздействуют на физическую активность, общее состояние, физическую работоспособность. Субъективно – может проявляться снижением общей удовлетворенности жизнью. Объективно - ухудшением КЖ.

ССП может быть ассоциирована с высоким уровнем психологического стресса, психической дезадаптации, социальной изоляцией. Пессимистическая оценка здоровья и его перспектив – является фактором риска многих заболеваний, в том числе инфаркта миокарда.

Методы оценки КЖ подразделяются на общие и специфичные.

Различные аспекты КЖ можно измерить. Стратегия измерения и соотношение субъективного и объективного различаются. Большое значение имеет мнение самого человека [21 - 24].

В основном, оценка динамики КЖ имеет субъективный характер.

Особенности характера, тип высшей нервной деятельности, медицинская информированность, воспитание, социальные обстоятельства важны при определении КЖ.

Исследования по КЖ в медицине проводятся для сравнения терапевтических методов, чтобы определить и выделить более приоритетные, которые статистически достоверно увеличивают показатели КЖ (как психологический статус, физическая и сексуальная активность, работоспособность, сон, аппетит, общая удовлетворенность жизнью). Все это проводится с целью улучшения адаптивности для определения методов и форм социальной помощи (финансирование социальной помощи, высокая дифференцированность видов соцпомощи, которые могут обеспечить улучшение КЖ) [25 - 28]

-для оценки качества проводимых природоохранных мер

-разработки показателей по заработной плате и пенсии для определения минимального прожиточного уровня и должно коррелировать с экономическим критерием «уровня жизни».

В биоэтике исследования должно проводиться с учетом ценности человеческой жизни, личности, милосердия, сочувствия.

Существуют и количественные параметры КЖ. Как, например, нормализация большинства биохимических параметров организма человека.

Гуманистическая проблематика КЖ заключается в представлении единого целостного знания о человеке. Для коррекции КЖ нужно решать медицинские, социальные,

психологические проблемы существования человека. КЖ есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу.

Все три структурных уровня личности: биологический (физиологический), психологический, социальный – важны для интерпретации КЖ.

Нужно различать субъективизм индивидуальных оценок КЖ.

Поэтому, самое главное заключается в попытках сближения позиций пациента и наблюдателя (врача, медсестры). Не может быть абстрактно-интуитивного отношения к своему физиологическому и психологическому здоровью. Отношение к здоровью становится социальной потребностью личности.

Естественные генетически-морфологические особенности позволяют выжить роду людей.

«Разрешенный статус» - или социальные роли дают самочувствие, внешний вид, отношение к медицине и т.д. Социальный статус – субъективное отношение к своему здоровью. Можно просчитать и прогнозировать реакцию индивида при заболевании.

Существует психосоматическое направление в медицине.

Алгоритмизация оценки КЖ может включать постановку диагноза, определение стратегии лечения, сравнение КЖ до и после лечения. Надо признать, что основная цель любого врачевания – улучшение КЖ. Реализация может идти через облегчение боли, восстановление функций...

Пациенты нуждаются во врачебной, сестринской медицинской помощи. Медицинский (мед) работник, врач отвечает на их потребности постановкой диагноза, общением, лечением, утешением, обучением.

Для улучшения КЖ применимы различные меры. Например, головная боль, лихорадка → облегчаются приемом антибиотиков (АБ) → качество жизни из-за инфекции быстро восстанавливается.

Серьезная болезнь требует медвмешательства, когда можно затормозить снижение КЖ, немного улучшить, если невозможно восстановить. Заботой, уходом, мед манипуляциями можно поддержать КЖ.

Можно излечить болезнь, а КЖ снижается. Негативные последствия сахарного диабета можно избежать, принимая инсулин, придерживаясь диеты, но ограничивается свобода пациента и КЖ снижается.

Например, рак груди снижает КЖ → требуется мастэктомия → затем химиотерапия, радиотерапия. КЖ резко снижается, как и при всех онкологических заболеваниях в стадии ремиссии .

Медобслуживание связано с КЖ. При этом надо решить такие вопросы как желательность уровня КЖ, возможность достижения, выявление потенциальных рисков. Проблемы рисков определяют преимущества стратегии лечения, степени КЖ. Внимание также должно обращаться на пролонгированные последствия медицинского вмешательства.

Аспекты этической стороны КЖ затрагивают:

1. проблемы различного толкования КЖ врачом и пациентом
2. проблемы невозможности для пациента оценить то КЖ, которое хотел бы он иметь
3. проблемы использования КЖ как критерия для рационализации мед ухода.

Феномен КЖ по обычной шкале «хорошо-плохо» должен быть со многими делениями для разработки мер по действенному улучшению КЖ, оценки результатов клинических вмешательств.

Показателями КЖ можно считать мобильность, выполнение ежедневных функций по обеспечению жизнедеятельности, исчезновение боли, социальная коммуникация, интеллектуальная бодрость. Обычно учитываются объективные показатели этих аспектов жизни и степень удовлетворенности ими.

Стандарт QALI (качество, корректирующее коды жизни) служит для обеспечения глобального измерения, основанного на коэффициенте отношения состояний здоровья к ожидаемому сроку службы.

КЖ все же более актуально для политических решений, чем в клинике. Измерения КЖ базируются в основном на эмпирических исследованиях. При этом необходимо учитывать личностные и социальные характеристики пациента, отношение к лечению, прогноз, субъективные ценности, связанные с понятием КЖ. Поэтому определенная цепочка последовательности вопросов должна быть разрешена:

1. кем проводится оценка КЖ: пациентом или наблюдателем,
2. критерии, использованные при оценке КЖ,
3. клинические тактики, этически обоснованные приоритетом КЖ.

Также здесь важен подход планирования распределения ресурсов для обеспечения КЖ.

В реанимационных случаях большим благом может оказаться выбор отказа от лечения, что зависит полностью только от решения родственников.

В клинической практике возможны 2 варианта КЖ, которые важно различать: как

1 «Личная/Персональная оценка» - удовлетворение, испытываемое пациентом и выраженное им в общественной ситуации

2 «Оценка наблюдателя» - сторонняя оценка

При этом, наблюдающие должны прислушаться к мнению пациента.

Понятно, что у каждого своя система ценностей, которая сложилась на протяжении жизни под влиянием общества и окружения. Возможными вариантами КЖ могут оказаться следующие:

- низкое КЖ (несоответствующее желаемому уровню),
- временная оценка КЖ, связанная с временным нетрудоспособным состоянием,
- постоянная оценка, отражающая сложившиеся, выработанные годами, привычки и предрасположения
- социально-экономическая оценка КЖ, которая зависит от немедицинских факторов, отражающих бытовые, жилищные условия, зарплату, при этом акцент не стоит на улучшении здоровья.

Оценки КЖ всегда отличаются субъективностью, при этом накладываются и имеют большую значимость личные ценности, приобретенный опыт и пережитая ситуация.

Четыре уровня КЖ можно различить в зависимости от необходимости в посторонней помощи:

1. Нормальное КЖ. Все физиологические показатели в норме, на здоровье человек не жалуется.

2. Ограниченное КЖ. Когда могут быть физические или умственные отклонения здоровья, функциональные и физиологические проявления не соответствуют норме. Возможно наличие некоторых физиологических проблем, с которыми пациент не может справиться самостоятельно.

3. Минимальное КЖ. Серьезные физиологические изменения, приведшие к ограничительным изменениям личной свободы, коммуникации, сопровождающиеся страданием и болью. Пациенту постоянно требуется помощь окружающих для поддержания жизненных функций.

4. КЖ ниже минимального. Или так называемое вегетативное состояние.

Оптимальные лечебные и обслуживающие мероприятия связаны как с заболеванием, так и отношением к нему.

Обычная практика, когда врачи оценивают КЖ ниже, чем пациенты. Однако многое зависит от восприятия больного и его оптимистичности. В таких случаях большое значение имеет настрой болеющего.

Этической проблемой КЖ является и реабилитация. В таких ситуациях КЖ улучшается за счет восстановления подвижности, мобильности, работоспособности, независимости в

собственном жизнеобеспечении. Главное в такой момент жизни – уважение его автономии, ценностей.

Для врача повышение уровня КЖ пациента предпочтительней, чем внимание к его автономии. Поэтому лучшим выходом и решением данной ситуации становится обучение и адаптация к новому состоянию, адаптивность в социуме. Этическим вопросом становится образовательный контекст.

КЖ смертельно больных на сегодня может быть улучшено паллиативной помощью, хосписами.

КЖ для каждого периода жизни определяется теми потребностями, которые характерны для этой возрастной границы.

КЖ детей определяется их возрастным периодом и зависит от заботы взрослых о них (КЖ новорожденных, детей до 1 года, до 3 лет, дошкольного и школьного возрастов, пубертатного периода) [29].

КЖ взрослых – зависит от реализации своих способностей, возможности обеспечения среднего уровня жизни.

КЖ пожилых – от возможностей активного образа жизни.

КЖ престарелых – от качества ухода.

КЖ ЮРА зависит от степени инвалидизации. Пациент должен заниматься посильным трудом, особенно тем, который приносит радость, удовлетворение, развитие.

КЖ сахарного диабета связано с его компенсацией, особенно диетой. Пациент должен вести обычный образ жизни, но избегать перегрузок.

КЖ ССП – от компенсации.

Таким образом, КЖ становится важной целью проводимых мероприятий.

### **Заключение**

Общие советы по КЖ касаются здорового образа жизни, питания, физической активности, занятий любимым делом.

Любой пациент должен быть наполнен положительной энергией, эмоциями, обучен режиму дня, труда и отдыха, контролю за анализами и своим состоянием, вовремя обращаться к врачу и медработникам для коррекции своих показателей, самочувствия, лечения. «Слабое место» должно постоянно подлечиваться, поддерживаться, тогда ремиссия может продолжаться достаточно долго, определяя медицинское КЖ.

КЖ определяется милосердием, терпением, сочувствием, состраданием к пациенту, больному. Поэтому, поддержка окружающих играет большое значение в КЖ. Религиозные служители через средства массовой информации выражают свое мнение о КЖ как о

возможности помочь пациенту, больному. превозмочь свои страдания и постараться их перенести.

КЖ не всегда определяется уровнем жизни, существует даже такая народная поговорка «Здоровый нищий богаче больного короля». Поэтому в странах с высоким уровнем жизни имеются пациенты с низким КЖ, которое определяется степенью удовлетворенности медицинским лечением, обслуживанием и собственным отношением к заболеванию. Правильно расставленные жизненные приоритеты позволят пациенту лучше относиться к себе и своей болезни. Восточная медицина рекомендует работать со своими мыслями, эмоциями и иметь только положительный настрой, культивировать позитив, положительные медитации. Очищение ментального, эмоционального на радостные мысли, эмоции позволяет преодолевать психологический барьер не КЖ в КЖ.

КЖ – хороший действенный показатель как для функциональных расстройств, так и для органической патологии. КЖ может быть тем инструментом, который сможет регулировать субъективное состояние пациента в любых случаях. КЖ – удобный параметр для работы с пациентом, который вовремя определяет его нужды и позволяет врачу, медсестре, медработнику правильно реагировать на него, расставлять приоритеты как в лечении, так и в медобслуживании [29].

#### Список литературы

1. Балева Л.С., Номура Т., Сипягина А.Е., Карахан Н.М., Якушева Е.М., Егорова Н.И. Цитогенетические эффекты и возможности их трансгенерической передачи в поколениях лиц, проживающих в регионах радионуклидного загрязнения после аварии на Чернобыльской АЭС //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.87-94.
- 2.Биоэтика: учебник для вузов/Под ред. В.П.Лопатина.- 4 изд.-2009 – 272 с.
3. Вельков В.В. Неонатальный сепсис: гемокультуры и биомаркеры – проблемы и перспективы //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.123-134.
4. Гайнетдинова Д.Д., Афандиева Л.З., Хакимова Р.Ф. Особенности иммунологических показателей у детей раннего возраста, больных спастическими формами детского церебрального паралича //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.153-157.
5. Галактионова М.Ю., Моисеенко Д.А., Капитонов В.Ф., Шурова О.А., Павлов А.В. Влияние анемии беременных на раннюю адаптацию новорожденных детей//Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.49-53.
6. Голосная Г.С., Яковлева А.В., Заплатников А.Л., Мачевская о.е., Трепилец С.В., Дьяконова Е.Н., Шниткова Е.В., Зольникова И.В. Диагностическое значение уровня некоторых трофических

факторов у новорожденных с перинатальным гипоксическим поражением ЦНС //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.15-22.

Деонтология в медицине. Под ред. Б.В.Петровского. Москва.: Медицина, 1988, 358 с.

7. Длин В.В., Игнатова М.С. Нephропатии, связанные с патологией системы комплемента //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.21-31.

8. Клиническая биохимия / под ред. В.А.Ткачука. – 2-е изд., испр и доп. – М.: Гэотар- Медицина, 2004. – 512 с.

9. Кобринский Б.А. Персонализированная медицина: геном, электронное здравоохранение и интеллектуальные системы. Часть 2. Молекулярная генетика и методы интеллектуального анализа. //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2016.-№2.- Т.61.- С.16-22.

10. Михеева И.Г., Лопанчук П.А., Кузнецова Ю.А., Верещагина Т.Г., Кругляков А.Ю., Тюняева О.В. Микрососудистые нарушения у новорожденных детей различного гестационного возраста с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС //Педиатрия.- 2017.-№1.- Т.96.- С.10-14.

11. Морозов С.Л., Длин В.В., Сухоруков В.С., Воронкова А.С. Молекулярная нефропатология: новые возможности диагностики заболеваний почек //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№5.- Т.62.- С.32-36.

12. Островская И.В. Медицинская этика. Сборник документов.- М.: АНМИ, 2001; 241 с.

13. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика. Этические комитеты в России.- М.: Триумф, 2002; 191 с.

14. Покровский В.И., Лопухин Ю.М. Биомедицинская этика. Вып.3, М.: Медицина, 2002; 342 с.

15. Пухова Т.Г., Спивак Е.М., Леонтьев И.А. Эпидемиология заболеваний органов мочевой системы у детей, проживающих в крупном промышленном городе //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.89-91.

16. Садыкова Д.И., Сафина Л.З., Толубаева А.Т. Раннее выявление и улучшение диагностики пациентов ревматического профиля в г.Казани //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.160-166.

17. Седова Н.Н. Биоэтика (курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов).- Изд-во Волгоград: ВолгГМУ, 2011.-216 с.

18. Устьянцева Л.С., Чистякова Г.Н., Ремизова Ш., Захарова С.Ю., Шамова К.П., Бычкова С.В. Особенности врожденного и адаптивного иммунитета недоношенных детей с тяжелым гипоксическим поражением центральной нервной системы //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№5.- Т.62.- С.59-65.

19. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан», Россия от 27.02.2003 г., 2011г.

20. Флоуз Б. Секреты долголетия китайских императоров. Ростов н/Д: Феникс, 2003, 128 с.

21. Хаертынов Х.С., Анохин В.А., Ризванов А.Л., Мартынова Е.В. Любин С.А.

Провоспалительный цитокиновый профиль у детей с неонатальным сепсисом //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2017.-№3.- Т.62.- С.93-100.

22.Циннань Ц., Даоцин Л. Терапевтические упражнения китайской медицины.Пер. с англ., Ростов н/Д:Феникс, 2008, 328 с.

23. Шабалов Н.П. Этические проблемы в неонатологии //Педиатрия.- 2016.-№4.- Т.95.- С.57-62.

24.Anderson J.H., Anderson K.R., Aulie H.A., Crowson C.S. et al. Juvenile idiopathic arthritis and future risk for cardiovascular disease: a multicenter study //Scand J Rheumatol.,2016; 45(4): 299-303.

25.Boccardi V., Paolisso G., Mecocci P. Nutrition and lifestyle in healthy aging : the telomerase challenge // Aging, 2016; 8(1): 12-15.

26.Mussap M., Puxeddu E., Puddi M. et al., Soluble CD14 subtype (sCD14-ST) presepsin in premature and full term critically ill newborns with sepsis and SIRS // Clin Chim Acta,2015; 451(PtA): 65-70.

27.Sakai R., Hirano F., Kihara M. High prevalence of cardiovascular comorbidities in patients with rheumatoid arthritis from a population-based cross-sectional study of a Japanese health insurance database //Mod. Rheumatol.,2016; 26(4): 522-528.

28.Shabuj K.H., Hossain J., Moni S.C., Dey S.K. C-reactive protein as a Single Biomarker for Diagnosis of Neonatal Sepsis: A comprehensive Meta-analysis //Mymensingh Med J.,2017; 26(2): 364-371.

29.Timby N., Hernell O., Vaarala o. et al. Infections in infants Fed Formula Supplemented with Bovine Milk Fat Globule Membranes //JPGN, 2015; 60:3:384-389.

---

Джаныбекова Индира Алтынбековна - кандидат медицинских наук, Международный университет Кыргызстана, г.Бишкек, ул.7 апреля 4/3, e-mail: [indi.zhan.98@mail.ru](mailto:indi.zhan.98@mail.ru)

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ВОЛОНТЁРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Набойченко Е.С., Кропанева Е.М., Казаева А.В., Андреева Д.С.**

*ФБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России, Екатеринбург*

Статья демонстрирует особенности развития волонтерского движения. А также рассматривает отличие добровольчества от общественно-полезного труда. Особо представлено развитие и организация волонтерского движения в Уральском государственном медицинском университете.

**Ключевые слова:** волонтерская деятельность, добровольчество, социальные ценности, социальные проекты и акции

## Psychological and pedagogical aspects of motivation of students of a medical high school for volunteering

**Naboychenko E.S., Kropaneva E.M., Kazaeva A.V., Andreeva D.S.**

*Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation*

The article demonstrates peculiarities of development of volunteer movement and differentiates volunteering from socially useful labour. Development and management of volunteer movement in Ural State Medical University is demonstrated specifically.

**Keywords:** volunteering, social values, social projects and actions

### **Введение**

Волонтерская деятельность на современном этапе занимает особое место в воспитании подрастающего поколения. Формирование позитивного примера гуманистической философии играет важную роль в продвижении социальных ценностей. Именно такая активная форма разновидности филантропии как волонтерство оказывает глубокое влияние на молодежь.

Принято считать, что каждый труд должен обязательно вознаграждаться. Но платежом за работу не всегда являются материальные ценности или деньги. В современном мире существует особая категория людей, которые готовы помогать другим без всякой материальной выгоды, абсолютно добровольно. Фактически волонтер – это человек, который выполняет общественно значимую работу на безвозмездной основе.

Вознаграждением за труд волонтеров становится признательность и благодарность людей. Однако понятием добровольческая (волонтерская) деятельность в русском языке часто подменяют понятие «общественная деятельность», которой обозначают любую полезную деятельность во благо общества [1]. Деятельность добровольцев направлена в первую очередь на помощь остро нуждающимся слоям населения, не имеющим возможности помогать себе самим (старость, беспризорность, инвалидность, стихийные бедствия, социальные катаклизмы) [2].

Стержневым мотивом в работе добровольцев преобладает желание испытать собственную значимость и полезность социуму. Область деятельности современных волонтеров очень широка. Они приходят на помощь в подготовке общественных акций и в их проведении, распространяют информацию, принимают участие в образовательных программах, также многие волонтерские организации содействуют укреплению социальных отношений.

Основные принципы волонтерской деятельности – добровольность и социальная активность, направленная на достижение общественного блага. Добровольческие организации практикуют разнообразные формы взаимопомощи, включая предоставление социальных услуг тем, кто остро в них нуждается [3]. Следует обратить внимание, что не во всех случаях работа волонтеров не оплачивается. Но чаще всего добровольцы действуют в обмен на получение опыта, знаний и навыков, установления полезных личных контактов. Для молодежи волонтерская деятельность очень часто становится узловой ступенькой на пути к профессиональному росту или способом сделать осознанный выбор будущей сферы своей основной деятельности.

В Уральском Государственном Университете добровольному движению уделяют особое значение, т.к. в понятие «медицинская миссия» входит предоставление волонтерских услуг. Поэтому целью развития и поддержки добровольчества в медицинском вузе является эффективное формирование у молодежи социальной активности, получение знаний и опыта организационных решений и конструктивного взаимодействия с администрацией всех уровней, развитие созидательного потенциала через просветительскую деятельность профилактического характера. Непосредственно основной задачей является реализация государственной политики поддержки добровольчества, а также формирование значимых компетенций у будущих врачей в соответствии с требованиями ФГОС нового поколения и обеспечение возможностей для более активного вовлечения студентов в решение медико-социальных задач, стоящих перед обществом [4].

Студенты УГМУ принимают активное участие в волонтерской деятельности и добровольческих программах. Обучающиеся сами разрабатывают и реализуют различные акции и проекты, такие как: акция «Твори добро, расширяя масштабы!», Проект «Твоя жизнь — твоя ответственность: # пройди тест на ВИЧ», «Уроки здоровья в образовательных организациях».

Акция «Твори добро, расширяя масштабы!» стартовала в университете в 2010 г. Целью акции стал сбор гуманитарной и благотворительной помощи для воспитанников домов ребенка и детских домов, организация праздников здоровья для детей, а также вовлечение студентов УГМА в социальную практику. Акция стала традиционной.

В настоящее время ежегодно в акции принимают участие порядка 1000 студентов и сотрудников УГМУ, а вырученные средства идут на организацию помощи и поддержки детскому приюту «Отрада», проведение встреч и праздников для семей, воспитывающих тяжелобольных детей.

С января 2016 г. студенты педиатрического, лечебного и медико-профилактического факультетов УГМУ в качестве медицинских волонтеров принимают участие в программах терапевтической рекреации детей, перенесших онкогематологические заболевания, а также их братьев и сестер благотворительного Фонда «Шередарь»

В процессе участия студенты УГМУ:

- проходят курс обучения по международной программе «Оздоровительное восстановление детей (Therapeutic Recreation), перенесших онкогематологические и другие тяжелые заболевания», включающую теоретические и практические подходы реабилитации, модель терапевтической рекреации, возрастные особенности детей и особенностях в связи с болезнью (копия сертификата прилагается);

- в рабочем режиме с 9-00 до 00-00 ч. осуществляют медицинское сопровождение детей и волонтеров лагеря, а также участвуют в комплексе мероприятий, направленных на психологическую и социальную реабилитацию детей в лагере.

Хочется отметить, что УГМУ первым из медицинских вузов России откликнулся и на постоянной основе осуществляет помощь в реабилитации детей, перенесших онкогематологические заболевания в программах терапевтической рекреации благотворительного Фонда «Шередарь».

Обращает на себя внимание проект: «Твоя жизнь — твоя ответственность: # пройди тест на ВИЧ». Данный уникальный проект предусматривает обучение студентов-добровольцев УГМУ, что позволяет создавать оперативные бригады в составе

специалистов ОЦ СПИД и обученных добровольцев. Это позволило выйти на уровень проведения экспресс-тестирования и консультирования по принципу «равный – равному» в высших образовательных организациях г. Екатеринбурга и Свердловской области.

Цель проекта: снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией, поддержание здоровья и качества жизни путем раннего выявления и своевременного информирования подростков и молодежи по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом, увеличение количества жителей, знающих свой ВИЧ-статус, вовлечение молодежи в проекты, направленные на профилактику ВИЧ – инфекции/СПИДА.

Общий замысел проекта: информирование подростков, молодёжи и населения о самостоятельной возможности предотвращения инфицирования и контроле собственных факторов риска (например, использование средств защиты).

Огромную роль играют «Уроки здоровья в образовательных организациях». Добровольцы УГМУ создают проекты интерактивных «уроков здоровья» по актуальным тематикам и проводят гигиеническое обучение среди дошкольников, учащихся школ и пациентов клиник г. Екатеринбурга.

Все занятия, созданные добровольцами, направлены на формирование основных компонентов здорового образа жизни (стремление к физическому совершенству, обеспечение полноценного питания, исключение в жизни саморазрушающего поведения (табакокурения, алкоголизма, наркомании и т.д., репродуктивное здоровье, режим труда и отдыха, личная гигиена, экологическое поведение) учитывают принципы позитивной профилактики, с интересом воспринимаются целевой аудиторией, т.к. соответствует возрастной потребности в информационной поддержке.

Кроме того студенты УГМУ участвуют профилактической программе «Здоровье школьника» (НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ НЦЗД Минздрава России и Общероссийской общественной организацией «Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины» (РОШУМЗ)).

Студенты с кафедры клиническая психология стали финалистами XIV Всероссийской студенческой олимпиады «Психолого-педагогическая поддержка волонтерских инициатив в детской и молодёжной среде» 17-20 апреля 2018 г.

Таким образом, участие в различных проектах и социальных акциях позволяют мотивировать студентов к активному участию в волонтерском добровольческом движении.

Список литературы

1. URL: <http://www.ar-asb.ru/?module=articles&action=view&id=1205>
2. URL: [https://perune.ru/rabota\\_volonterom.html](https://perune.ru/rabota_volonterom.html)
3. URL: <https://multiurok.ru/>
4. URL: <http://usma.ru/vospitatelnaya-i-vneuchebnaya-deyatelnost/volonterstvo/>

---

Набойченко Евгения Сергеевна - доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, каб.222, раб тел. 8 (343) 214-85-66, электронная почта [dhona@mail.ru](mailto:dhona@mail.ru).

## СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УСТАНОВКИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Носкова М.В., Чернов С.С.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург*

В статье изучаются стилевые особенности родительского отношения и установки к ребенку с расстройствами аутистического спектра. Исследование проводилось на базе нейро-логопедического центра «Лалио плюс» (г. Екатеринбург), специализирующегося на изучении и коррекции нарушений развития у детей различных нозологий и генеза. Экспериментальное изучение показало, что более конструктивные стили родительского отношения к ребенку (кооперация, симбиоз) способствуют формированию всесторонне развитой личности и благоприятному эмоциональному фону у детей с РАС.

**Ключевые слова:** родительское отношение, родительские установки, дети с расстройствами аутистического спектра.

## Features a parental relationship to the child with autism spectrum disorder

**Noskova M. V., Chernov S.S.**

*Ural state medical university, Ekaterinburg*

The article deals with the peculiarities of parental attitude to a child with autism spectrum disorders. The study was conducted on the basis of the neuro-logopedic center "Lalio plus" (Ekaterinburg), specializing in the study and correction of developmental disorders in children of various nosologies and Genesis. Experimental study showed that more constructive styles of parental attitude to the child (cooperation, symbiosis) contribute to the formation of a fully developed personality and favorable emotional background in children with RACES.

**Keywords:** the parent-child relationship, parental attitudes, children with autism spectrum disorders.

### Введение

Особое родительство – это стиль жизни, который родители не выбирают, поскольку нормы среднестатистического уровня физиологического, моторного, когнитивного развития ребенка для соответствующих возрастов находятся в доступной информации. Родители, особенно мамы, примерно знают, когда их малыш должен начать агукать и

ползать, когда начать произносить первые слова. Именно мамы первыми замечают какие-то отклонения от нормы у своего малыша и у них возникает тревога. И даже, несмотря на то, что в этот момент родительское счастье пока остается незыблемым, психологическое напряжение существенно возрастает и накапливается тревога. Родители оказываются совершенно неготовыми ни психологически, ни морально, ни даже информационно принимать или верить в диагнозы ребенка. К сожалению, уважение к личности, симпатия как к больному ребенку пока еще в большом дефиците в нашем обществе. Только через определенное время, родители переживут этот момент и научатся принимать ребенка, таким, какой он есть, со всеми его особенностями. А ведь основой социального пространства, его первичным элементом, серединой мира для ребенка с особыми потребностями развития является семья [1].

Ведь родительская любовь имеет врожденные биологические компоненты. В целом, родительское отношение к ребенку представляет собой культурно-исторический феномен, исторически изменчивое явление, которое находится под влиянием общественных норм и ценностей [2]. Квалифицированная психологическая поддержка может сократить до минимума этот эмоционально критический период и дать родителям понимание, что жизнь не меняется в худшую сторону – она просто трансформируется на иной уровень.

Рассмотрим, с какими особенностями ребенка, у которого выявляются расстройства психологического развития (F84 по МКБ-10), сталкиваются родители. Отметим, эти расстройства начинают более четко проявляться примерно с возраста 2 лет.

В соответствии с МКБ-10 нас интересует группа F84, в которую входят детский аутизм (F84.1), атипичный аутизм (F84.2) и синдром Аспергера (F84.5).

Детей с РАС – расстройства аутистического спектра можно условно разделить на две группы (типа): низкофункциональные аутисты (НФУ) и высокофункциональные аутисты (ВФУ). *Низкофункциональный аутист* – не смотрит в глаза, не жметя к родителям, он зашел «не с мамой», пространство, в которое он зашел – мало ему интересно, игрушками не интересуется, выбирает мелкие предметы и игрушки. Демонстрирует синдром поглощенности (туннельное зрение). Речи нет, только вокализации с ноющими оттенками. На хлопок в ладоши не дает быструю реакцию, но на ноющий звук «УУУ» дает очень быструю реакцию. Далее испытывает неудовольствие – складывает вещи в сумку и проявляет эвакуаторное поведение (уходит, тащит за собой родителя, зачастую сопровождая это ярко выраженной настойчивостью). Все это действие занимает 15-20 минут. При нем очень выстроенная мать. Но если жесткий отец, то ребенок ложится и,

как правило, демонстрирует легкие стереотипии. Это наиболее типичная клиническая картина аутиста в возрасте 2-3 года при заходе в незнакомое помещение.

При *высокофункциональном аутизме* может быть то же самое, но больше стереотипий движения. Когнитивный репертуар: сортировки, сличения (красный, желтый, зеленый). В норме ребенок должен различать оттенки цветов. А аутист их не интерпретирует, он просто запоминает их зрительно. Эмоции – затрудняется начать контакт со сверстниками, нет мимического контакта, мимика не динамична. Аффекты часто проактивные, предсказательные (способ эмоции – утешаться после обиды, а аутисты не утешаемые). Речь – не говорит, не понимает речь, монотонен. Например, при моторной алалии есть контакт, все действует нормально, но есть развернутые эмоции.

При *высоко функциональном аутизме (Аспергер)* – речь в норме, когнитивный репертуар в норме, при попытке играть в мяч - хохочет, фронтальный контакт только при условии стимула - дам конфетку... Уходят в гиперактивность, т. е. могут хорошо заниматься, когда сидишь рядом.

В современной литературе можно встретить достаточное количество различных описаний клинических проявлений нежелательного поведения и симптоматики при РАС у детей различного возраста. Для того чтобы понимать ту жизненную ситуацию, в которой оказываются родители и семьи детей с РАС, мы должны отчетливо представлять себе все формы и степени проявления нежелательного поведения детей с РАС, т.е. те проблемы, которые они вызывают в плане нарушения коммуникаций и социализации не только самого ребенка, но с его семьи в обществе (рис.1).



Рис. 1. Главные признаки РАС и сопутствующие проблемы

**Цель исследования** - выявить стилевые особенности отношения родителей и их установки к детям с расстройствами аутистического спектра.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе нейро-логопедического центра «Лалио плюс» (г. Екатеринбург), специализирующегося на изучении и коррекции нарушений развития у детей различных нозологий и генеза. Выборка составила 50 родителей, имеющих хотя бы одного ребенка с РАС в возрасте от 2 до 7 лет. Для исследования особенностей отношения родителей к детям с РАС был использован следующий психодиагностический инструментарий: методика «Опросник родительского отношения», разработанный В.В. Столиным и А.Я. Варга и методика PARI «Методика изучения родительских установок» (Е. С. Шефер и Р. К. Белл) [3].

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

Согласно результатам методики «Опросник родительского отношения» (табл.1.), по шкале **«принятие - отвержение»** высокий процент средних баллов позволяет сделать вывод: родители находятся в некой неопределенности: они не принимают ребенка таким, какой он есть в полной мере, не имеют выраженного положительного отношения к нему. Но при этом они и не испытывают к ребенку отрицательных чувств и не считают его неудачником. Родители надеются на его «выздоровление» и верят в его будущее. Шкала

«**Кооперация**» показывает средний уровень социально желательного образа родительского отношения (83%). Родители чаще всего стараются во всем помочь ребенку и защищают его желания, нередко идут на поводу и высоко оценивают его малейшие успехи. Шкала «**Симбиоз**» – отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Большинство опрошенных (54%) показали средние баллы в данной шкале, вторая половина пришлось на низкие и высокие баллы поровну. Многие родители ощущают тревогу за ребенка. Однако дети пользуются этим и манипулируют родителями с целью удовлетворения своих желаний. Шкала «**Авторитарная гиперсоциализация**» определяет форму и направление контроля над поведением ребенка. Родители стараются не игнорировать потребности ребенка, оказывают эмоциональную поддержку, но, тем не менее, используют метод наказания, следят за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями. Шкала «**Маленький неудачник**» – особенности восприятия и понимания ребенка родителем. Подавляющее большинство участников исследования показали низкие баллы (83%). Это свидетельствует о том, что родители не относятся к детям, как к маленьким неудачникам, считают неудачи случайными и искренне верят в своего ребенка, что вселяет в них надежду на успешное будущее их «особого» ребенка.

Таблица 1

Процентное соотношение шкал родительского отношения, %

Шкала	Процентный балл по шкалам, %		
	Низкий	Средний	Высокий
«Принятие-отвержение»	10	87	3
«Кооперация»	3	83	14
«Симбиоз»	23	54	23
«Авторитарная гиперсоциализация»	23	54	23
«Маленький неудачник»	83	17	0

Результаты методики PARI позволили сделать следующие выводы (табл.2):  
**Отношение к семейной роли:** Ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами о семье (№ 3). Средние результаты говорят о том, что у женщин нет выраженного приоритета семейных проблем над производственными проблемами. У трети женщин семейные проблемы и вовсе уходят на второй план. Ощущение самопожертвования в роли матери (№ 4). Особые дети могут сильно отличаться по степени тяжести нарушения развития. Можно предположить, что 3% родителей, которые ощущают себя жертвами, пришлось на родителей детей с наиболее тяжелыми формами нарушения развития, требующих постоянной заботы и непрерывного внимания. Подавляющее большинство опрошенных родителей особых детей чувствуют себя обычными родителями. Это позволяет таким семьям успешно социализироваться в

обществе. Семейные конфликты (№ 6). 3% родителей приносят себя в жертву, что сказывается на семейных отношениях. В целом видно, что конфликтность в семьях «особых» детей мало чем отличается от обычных семей. 13% – высокий показатель бесконфликтности, так как родители сплачиваются между собой для поддержки и помощи друг другу. Неудовлетворенность ролью хозяйки дома (№ 9). Для лиц не характерна сильная зависимость от семьи, низкая согласованность в распределении хозяйственных функций. «Безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи (№ 13). Шкала отражает межсупружеские отношения, связанные с моральной, эмоциональной поддержкой, организацией досуга, созданием среды для развития личности, собственной и партнера. 20% участников полностью удовлетворены отношениями в семье. Доминирование матери (№ 14). Средние баллы свидетельствуют об умеренной интегрированности семьи. Женщина не является доминантой в семье. Большинство решений принимаются совместно с мужем. Зависимость и несамостоятельность матери (№ 17). В ряде случаев в семье женщина не является самостоятельной, в большинстве – женщина не до конца самостоятельна, иногда требуется помощь партнера в чем-либо. Данная шкала подтверждает данные предыдущей шкалы.

### **Отношение родителей к ребенку:**

1. Оптимальный эмоциональный контакт. Побуждение словесных проявлений, вербализаций (№ 1). У большинства особых детей либо отсутствует, либо полностью нарушена вербальная коммуникация, и для родителей таких детей жизненно важно, чтобы их дети говорили. Партнерские отношения (№ 10). Родители не выстраивают должный эмоциональный контакт с ребенком, партнерские отношения и доверенность держатся на среднем уровне. У малой части семей отсутствуют партнерские отношения между родителем и ребенком, так как берут ведущую роль на себя (забота, ухаживание, опека). Развитие активности ребенка (№ 11). Родители жалеют своих детей больше, чем предъявляют к ним какие-либо требования. Уравнительные отношения между родителем и ребенком (№ 15). Большинство родителей «за» равные отношения с детьми, они хотят и готовы видеть личность в своих детях, несмотря на их дефициты. Данные из исследований это подтверждают. Тем не менее, мы видим, что 3% родителей не готовы или отрицают уравнительные отношения со своими детьми.

2. **Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком:** раздражительность, вспыльчивость (№ 7), суровость, излишняя строгость (№ 8), уклонение от контакта ребенком (№ 12). Исследования по всем трем пунктам подтверждают общеизвестный постулат: «родительская любовь безусловна». Несмотря на нарушения в развитии у

детей, многие из родителей не будут уклоняться от контакта со своим ребенком, и проявлять излишнюю строгость.

**3. Излишняя концентрация на ребенке.** Чрезмерная забота, установление отношений зависимости (№ 2). По результатам опроса, никто из родителей не проявляет чрезмерную заботу, гиперопеку к своим детям. Создание безопасности, опасение обидеть (№ 5). Одной из главных задач родителей – создание для ребенка безопасной среды. Результаты, полученные из опроса, полностью это подтверждают. Однако дети при аутизме очень сильно зависимы от среды в любом возрасте. Поэтому здесь уместнее говорить не столько о безопасности, сколько о негативных последствиях, в результате которых ребенок может получить серьезные осложнения или регресс в развитии. Стремление ускорить развитие ребенка (№ 16). Родители хотят ускорить развитие своего ребенка, но они понимают, что это зависит не столько от них, сколько от способности к научению самого ребенка.

Таблица 2  
Результаты методики изучения родительских установок, %

<b>Аспекты-признаки (шкалы)</b>	<b>Низкие оценки признака</b>	<b>Средние оценки признака</b>	<b>Высокие оценки признака</b>
1. Вербализация	0	60	40
2. Чрезмерная забота	33	67	0
3. Зависимость от семьи	30	63	7
4. Ощущение самопожертвования	13	84	3
5. Опасение обидеть	3	80	17
6. Семейные конфликты	13	84	3
7. Раздражительность	27	73	0
8. Излишняя строгость	33	67	0
9. Неудовлетворенность ролью хозяйки	30	70	0
10. Партнерские отношения	10	87	3
11. Развитие активности ребенка	10	83	7
12. Уклонение от контакта	43	57	0
13. Безучастность мужа	20	80	0
14. Доминирование матери	20	73	7
15. Уравненные отношения	3	74	23
16. Стремление ускорить развитие ребенка	40	60	0
17. Несамостоятельность матери	7	73	20

### **Выводы**

Экспериментальное изучение данной проблемы позволило сделать вывод о том, что более конструктивные стили родительского отношения к ребенку (кооперация, симбиоз) способствуют формированию всесторонне развитой личности и благоприятному эмоциональному фону у детей с РАС. Дети, родители которых строят свои отношения с

ребенком на принципах кооперации и принятия, характеризуются положительным отношением к людям и авторитетам, более высоким уровнем любопытства.

Список литературы

1. Набойченко Е.С. Семья как социальная основа формирующего личность пространства для ребенка с особыми потребностями развития / Вестник Челябинского государственного университета, 2007. № 17. С. 156-162
2. Носкова М.В. Исследование родительско-детских отношений в неполных отцовских семьях / Ученые записки Российского государственного социального университета. М., 2009. № 11. С.256-259
3. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи. М.: Академия, 2008. 432 с.

---

Носкова Марина Владимировна - кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России. 620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17, каб.104, раб тел. 8(343) 214-85-86, электронная почта mn66@mail.ru..

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Окунева Л.И., Сбитнева А.Н.**

*Северо-Казахстанский государственный университет им. М. Козыбаева,  
г. Петропавловск, Казахстан*

Статья освещает современное состояние развития инклюзивного образования в Республике Казахстан. Описываются основные принципы инклюзивного образования. Дается характеристика детям, которые задействованы инклюзивным пространством. Рассматриваются трудности, связанные с реализацией инклюзивного процесса.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, включенное образование, Республика Казахстан, дети с ограниченными возможностями, особые потребности.

## Current state of development of inclusive education in Kazakhstan

**Okuneva L.I., Sbitneva A.N.**

*M. Kozybayev North Kazakhstanstate university,  
Petropavlovsk, Kazakhstan*

The article covers the current state of development of inclusive education in the Republic of Kazakhstan. The basic principles of inclusive education are described. A characteristic is given to children who are involved in an inclusive space. The difficulties associated with the implementation of an inclusive process are considered.

**Keywords:** inclusive education, included education, Republic of Kazakhstan, children with disabilities, special needs.

### Введение

XXI век для Республики Казахстан – это время модернизации и демократизации системы образования, когда утверждаются гуманистические подходы к учебно-воспитательному процессу и особую актуальность приобретает проблема создания оптимальных условий для творческого развития, самообразования, профессионального самоопределения всех детей. Система образования каждого государства, и Республики Казахстан в том числе, ориентирована на мировую образовательную политику, формируемую такими общественными институтами, как ЮНЕСКО и Всемирный банк, основными требованиями которых является универсальность образования, то есть

обеспечение потребности в обучении и равенстве всех детей. Право на образование является неотъемлемым правом человека.

В 2012 г. в послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» развитие системы образования признано одним из важнейших приоритетов государственной политики. К основным принципам государственной политики в области образования относятся равенство прав всех на получение качественного образования и доступность образования всех уровней для населения с учетом интеллектуального развития, психофизиологических и индивидуальных особенностей каждого гражданина (пункты 1, 2 статьи 3 Закона РК «Об образовании»)[1]. В Послании 2014 г. Президент РК Н.А. Назарбаев обратил внимание на положение лиц с ограниченными возможностями: «... надо усилить внимание нашим гражданам с ограниченными возможностями. Для них Казахстан должен стать безбарьерной зоной. Позаботиться об этих людях, которых немало, – наш долг перед собой и обществом» [2].

Развитие системы инклюзивного образования одно из приоритетных направлений Государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011-2020 годы. Права детей с ограниченными возможностями на получение равных прав к качественному образованию закреплены законодательством Республики Казахстан.

Реализует поставленную задачу инклюзивное образование, ориентированное на включение детей с особыми образовательными потребностями независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей в общеобразовательную среду, устранение всех барьеров для получения качественного образования, социальной адаптации и интеграции в социуме.

Инклюзивное образование или включенное образование – это процесс развития общего образования, подразумевающий доступность образования для всех, совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не имеющих таких ограничений. Внедрение инклюзивного образования предполагает реформирование традиционной системы образования, проведение различных инновационных мероприятий и должно способствовать преодолению проблем дискриминации и отчуждения в обществе, достижению социальной реабилитации и социального равенства всех людей.

Для получения качественного образования и социально-психологической адаптации в обществе детям с особыми потребностями необходимо активно взаимодействовать с другими детьми. Такое общение важно и детям не имеющих никаких ограничений в своем развитии или в здоровье. Это значительно повышает роль инклюзивного образования,

позволяющего принципиально расширить возможности социализации детей с особыми потребностями.

Получению инклюзивного образования подлежат следующие категории детей:

- дети, имеющие проблемы здоровья (дети с ограниченными возможностями, дети-инвалиды);
- дети, имеющие трудности социальной адаптации в обществе (дети с девиантным поведением, из семей с низким социально-экономическим и социально-психологическим статусом);
- дети из семей мигрантов, оралманов, беженцев.

Инклюзивное образование предполагает модернизацию школьной системы, формирование ценностных установок, понимание роли учителя и родителей. В реализации инклюзивного процесса выделяют ряд трудностей:

- ограниченность нормативно-правового поля (отсутствует законодательное закрепление самой возможности обучения детей с ОВ по индивидуальным образовательным программам);
- отсутствие механизма реализации специальных образовательных условий обучения детей с ОВ в учреждениях общего образования;
- профессиональная и психологическая неготовность педагогов к работе с детьми с ОВ (явно недостаточное владение специальными методами, приемами, средствами обучения, недостаточный уровень академической подготовки, психологическая неготовность педагогов);
- психологические «барьеры», связанные с общественным мнением (отношение к инвалидам со стороны родителей детей без инвалидности, общественности в широком смысле слова);
- недостаточная обеспеченность учебниками, учебно-методическими комплектами, методическими пособиями, программами для работы с детьми с ОВ;
- неготовность (неадаптированность) архитектурной и материально-технической среды образовательных учреждений.

Общеобразовательные учреждения, ориентированные на включение детей с особыми образовательными потребностями, базируется на соблюдении восьми основных принципов инклюзивного образования:

- ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
- каждый человек способен чувствовать и думать;
- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;

- все люди нуждаются друг в друге;
- подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- разнообразие усиливает все стороны жизни человека [3].

Таким образом, реализация инклюзивного образования в образовательном процессе позволяет разрешить противоречия между законодательно гарантированным правом детей с ООП на равный доступ к качественному образованию и фактически сохраняющимся неравенством в его реализации. Инклюзивное образование должно носить систематический и целенаправленный характер. Именно инклюзивное образование позволяет человеку с ограниченными возможностями почувствовать себя полноценным членом общества, найти свою стезю и стать полезным окружающим.

В настоящее время в Республике Казахстан современная система образования детей с особыми образовательными потребностями (ООП) претерпевает значительные изменения. Большое распространение получила образовательная интеграция детей с ООП. Так, сегодня в республике действуют более 1155 специальных классов в общеобразовательных школах, 129 кабинетов психолого-педагогической коррекции, 558 логопедических пунктов. Однако практика показывает, что признание возможности совместного обучения и открытие в «массовых» школах специальных классов – далеко не единственные условия обеспечения доступности качественного образования.

В Республике Казахстан, несмотря на позитивные изменения и существующую правовую основу, на сегодняшний день имеется ряд трудностей в реализации прав детей с ограниченными возможностями на инклюзивное образование. Наиболее серьезные из них следующие:

- отсутствие доступной среды для детей с особыми образовательными потребностями, что не позволяет им реализовать в полном объеме свои конституционные права и свободы;
- отсутствие у детей и педагогов уважительного отношения к инвалидам, отсутствие знаний об их возможностях и правах;
- недостаточная профессиональная готовность кадров.

Не умаляя значимость представленных выше трудностей, ученые полагают, что первичными важнейшим этапом реализации процесса инклюзия является этап

психологических изменений и уровня профессиональных компетентностей ее специалистов. Остро стоит проблема профессиональной, психологической и методической подготовки всех специалистов общеобразовательной школы к работе с детьми с ООП, обнаруживаются недостатки специальных компетенций деятельности педагогов в инклюзивной образовательной среде, а также наличие психологических барьеров и профессиональных стереотипов преподавателей.

Сегодня в общественном сознании укрепляется мнение об инклюзии как о наиболее прогрессивном (по сравнению с интеграцией) подходе, позволяющем любому ребенку, независимо от типа и степени выраженности нарушения, обучаться вместе со своими нормативно развивающимися сверстниками. Внедрение инклюзивных подходов в школьную практику можно назвать одним из приоритетов государственной образовательной политики Республики Казахстан. Об этом свидетельствуют национальные законодательные инициативы. Однако существует ряд проблем, решение которых в значительной степени способствовало бы дальнейшему развитию инклюзивного образования, среди которых создание в организациях образования безбарьерной образовательной среды, разработка механизмов материально-технического, социального, психолого-педагогического, кадрового и реабилитационного сопровождения, рекомендации по составлению штатного расписания в школах, где учатся дети с ограниченными возможностями, и многие другие.

Подводя итоги, можно отметить, что подлинное инклюзивное образование позволит разрешить противоречие между законодательно гарантированным правом детей с ООП на равный доступ к качественному образованию и фактически сохраняющимся неравенством в его реализации. Инклюзия должна быть систематической и целенаправленной, а не спонтанной и стихийной. Поэтому оптимальным является обучение ребенка с ООП в рамках системы непрерывного общего образования. Создание и эффективное функционирование этой системы как в Республике Казахстан, так и во всем мире, невозможно без подготовленного учителя, который является ключевой фигурой реализации инклюзивного образования.

#### Список литературы

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства». URL:<http://www.akorda.kz> (дата обращения: 14.12.2012)

2. Послание Главы государства Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Казахстанский путь - 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». URL:<http://www.akorda.kz> (дата обращения: 17.01.2014)

3. Лошакова И.И., Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов: Изд-во Педагогического института СГУ, 2002. – С. 15-21.

---

Окунева Л.И. – старший преподаватель кафедры «Специальной и социальной педагогики» Педагогического факультета СКГУ им.М. Козыбаева, 150000, Казахстан, Петропавловск, ул. Пушкина, 86, +77152462796, e-mail: [maxxabat@mail.ru](mailto:maxxabat@mail.ru)