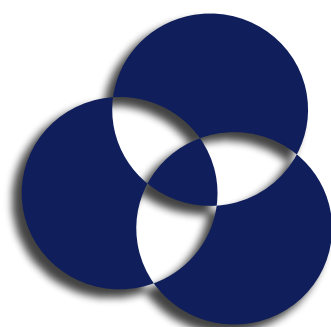


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

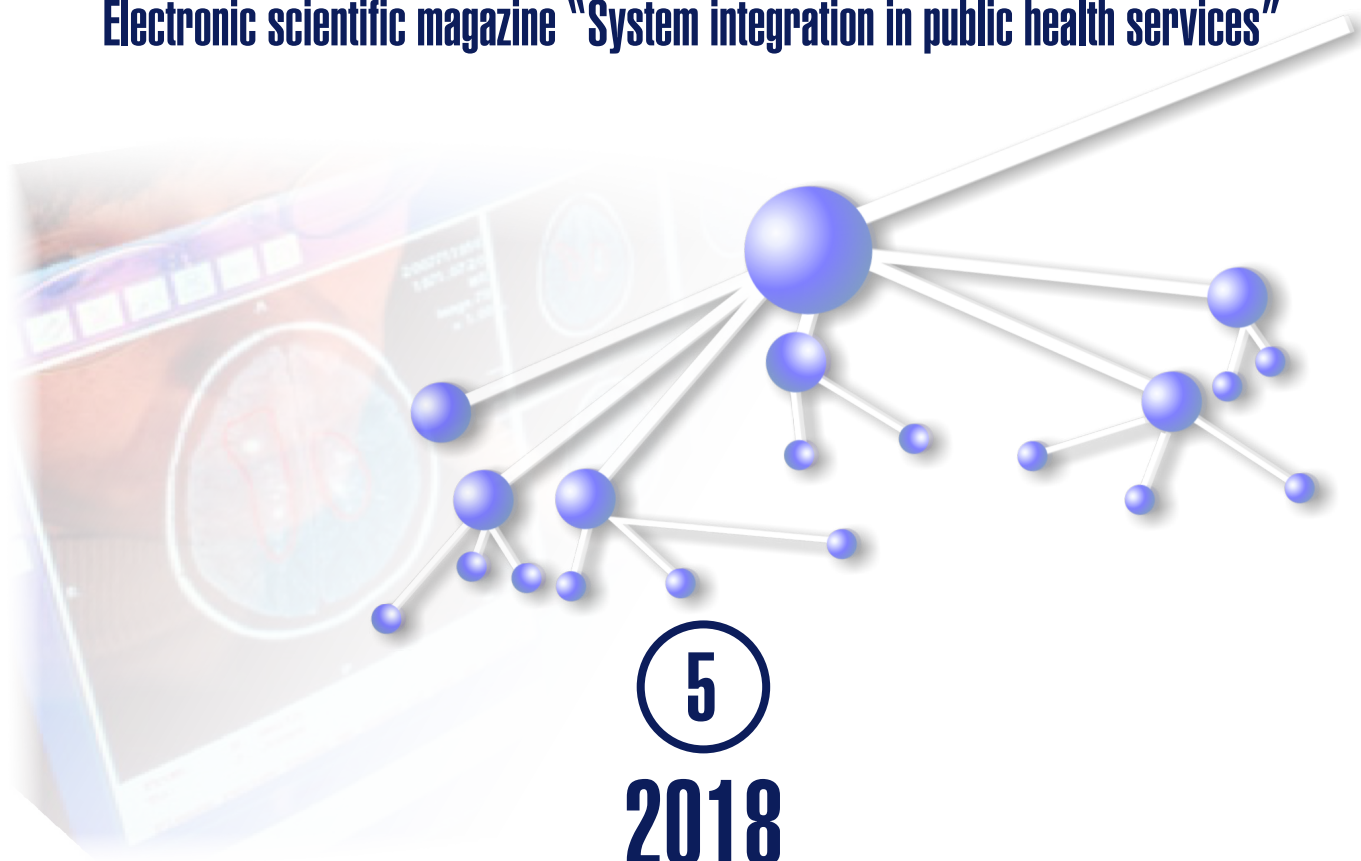
ББК 5+65.495+60.5+88+74

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

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

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
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

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

№ 5 (42) 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)

Уважаемые читатели!



В преддверии Нового года редакция предлагает познакомиться с очередным выпуском журнала «Системная интеграция в здравоохранении», в котором большая часть статей посвящена гуманитарному и гуманистическому направлению: оказанию психологической и социальной помощи детям. Сложные условия быстро изменяющегося мира, технологический прогресс, преобразования в понимании морально-нравственных категорий делают задачу воспитания нового поколения еще более актуальной,

особенно если речь идет о детях с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому интересны новые аспекты психолого-педагогических подходов к формированию детско-родительских отношений, профессиональной ориентации и сопровождения детей с особенностями развития с целью их социальной адаптации.

Формулируя социально-ориентированные цели и предлагая организационные механизмы их достижения, всегда нужно помнить об ограничениях, которые накладывают имеющиеся ресурсы. Важнейшим, но практически не рассматриваемым в научных публикациях, проблемам управления больничным хозяйством посвящена еще одна статья данного номера журнала.

От лица редакции хочется пожелать всем авторам и читателям нашего научного издания оптимизма, верности выбранной профессии и научной стезе, новых успехов и новых публикаций!

*С уважением,
зам. главного редактора,
кандидат технических наук, доцент,
начальник отдела координации
научных исследований и новых технологий
ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический
медицинский центр «Бонум»
Ткаченко Татьяна Яковлевна*

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Блохин М.А., Блохина С.И., Ткаченко Т.Я.
ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫМ ХОЗЯЙСТВОМ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....5

Грицюк Е.М., Зимин А.О., Гольдштейн С.Л.
О РАЗВИТИИ МЕХАНИЗМА ТРАНСЛЯЦИИ ТЕКСТОВ ИЗ МЕДИЦИНЫ В ФИЗИКУ.....12

Дугина Е.А., Грицюк Е.М., Гольдштейн С.Л.
О СОЗДАНИИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ22

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Абшилава Э.Ф.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С
СДВГ.....38

Власова Е.В.
РОЛЬ ФИЛОСОФИИ В СТАНОВЛЕНИИ ЛИЧНОСТИ (ИЗ НАСЛЕДИЯ Э.В. ИЛЬЕНКОВА).....45

Гусманов М.Ж.
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ГРУППОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....50

Носкова М.В., Попова К.А.
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПО АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ К
СОЦИУМУ.....55

ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫМ ХОЗЯЙСТВОМ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Блохин М.А., Блохина С.И., Ткаченко Т.Я.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г.Екатеринбург,

Обоснована зависимость выполнения функционального предназначения больницы от устойчивости работы больничного хозяйства, его структурных подразделений. Показана актуальность разработки методического инструментария для оценки эффективности больничного хозяйства. Представлена функционально-структурная модель поддержки оказания медицинской помощи на основе деятельности больничного хозяйства.

Ключевые слова: больничное хозяйство, управление больничным хозяйством, эффективность больничного хозяйства, ресурсный потенциал медицинского учреждения.

The impact of hospital management on the effectiveness of medical institutions

Blokhin M.A., Blokhina S.I., Tkachenko T.Ya.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM» Ekaterinburg, Russia,*

The dependence of the functional purpose of the hospital on the stability of the hospital economy, its structural units. The relevance of the development of methodological tools for assessing the effectiveness of the hospital economy is shown. The functional-structural model of support of medical care on the basis of activity of hospital economy is presented.

Keywords: hospital management, management of hospital economy, the efficiency of hospital management, the resource potential of medical institutions.

В последние годы в планировании деятельности медицинских учреждений основные аспекты планирования преимущественно концентрируются на проблеме государственного заказа и, в силу ограничения финансовых ресурсов, в меньшей степени в плане предусматриваются вопросы их развития.

Как самостоятельно хозяйствующий субъект медицинское учреждение располагает многомиллионным хозяйством, которое комитетом по управлению имуществом

администрации территориального органа управления передается администрации медицинского учреждения для эффективного управления.

Помимо основных фондов медицинское учреждение располагает переменными фондами, которые находятся в эксплуатации, движении, и большинство из них постоянно обновляется.

В медицинской литературе сложилось довольно устойчивое понятие об эффективности, которое предполагает влияние медицинского учреждения на здоровье социума в сфере деятельности медицинского учреждения, деятельности коечного фонда и поликлинических учреждений.

В то же время понятие «внутренняя эффективность», по нашему мнению, целесообразно рассматривать в более широком понимании. Расходы на содержание больничного хозяйства могут составлять от 30 до 35 % консолидированного бюджета, эта величина может колебаться в зависимости от мощности, профиля, функционального предназначения больницы.

Зависимость в выполнении функционального предназначения больницы обеспечивается устойчивостью работы больничного хозяйства, его структурных подразделений [1, 2]. Создание в медицинском учреждении комфортных условий для работы персонала и лечения пациентов – одна из основных функций больничного хозяйства. Больничное хозяйство характеризуется разнообразием функций – это своевременно нужно принять больного, обеспечить питанием, чистым бельем, т.е. создать условия, которые окажут позитивное влияние на самочувствие больного.

Больница в постоянном режиме должна обеспечиваться продуктами питания, медикаментами, медицинским инвентарем, т.е. всем необходимым для лечения и жизнедеятельности больного.

Для стабильной работы больничного хозяйства необходимо формирование организационной структуры. При этом следует отметить, что в научной литературе и нормативных документах Министерства здравоохранения присутствуют только данные о штатном расписании и должностях по больничному хозяйству. В медицинских учреждениях организационная структура формируется преимущественно исходя из видения и понимания администрации, штатного расписания, но ориентируются преимущественно на штатное расписание [3].

Располагая относительным методическим инструментом по оценке медицинской эффективности, в то же время администрация не располагает инструментом оценки эффективности больничного хозяйства. При этом если сравнить промышленное

предприятие и медицинское учреждение, то предприятие располагает инструментарием по оценке каждой технологической операции, каждого станка.

По всей вероятности, медицинское учреждение следует рассматривать с позиций:

- выполнения программы государственных гарантий в предоставлении качественных медицинских услуг и позитивным влиянием на здоровье населения в сфере обслуживания;
- стабильного, эффективного содержания больничного хозяйства в эксплуатации и обеспечении материальными ресурсами.

При этом необходимо заметить, что новые (инновационные) технологии в медицине особенно важны в контексте современного развития специализированных многопрофильных лечебных учреждений. С одной стороны, если инновации приводят к значительному росту расходов, то их необходимо грамотно регулировать за счет управленческих решений. С другой стороны, если механизм сдерживания увеличения расходов в системе больничного хозяйства отрегулирован и логистически спланирован, то инновационное развитие высокотехнологичной специализированной помощи населению приносит положительные результаты как в целом в системе здравоохранения в рамках государственных гарантий, так и в деятельности отдельного медицинского учреждения высокого уровня [4].

В комплексе больничное хозяйство представляет собой экономические ресурсы, преобразованные для обеспечения функционального предназначения медицинского учреждения, при регулировании со стороны системы управления. Общая схема взаимодействия бизнес-процессов, отражающих этот комплекс, представлена на рис.1.

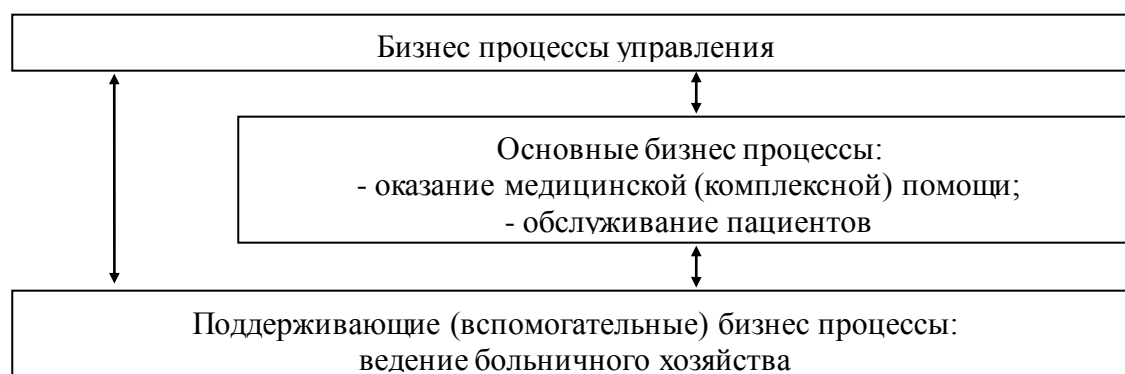


Рис.1. Схема взаимосвязи бизнес-процессов медицинского учреждения

Обсуждая организацию специализированной медицинской помощи детскому населению в Российской Федерации в соответствии с Государственной программой

развития здравоохранения, утвержденной Распоряжением Правительства РФ №2511-р от 24.12.2012 г., необходимо предвидеть расслоение универсальной стационарной помощи по технологическому принципу [5] и предусматривать экономические затраты по принципу «расходы – доходы» с учетом особенностей территорий региона, демографических показателей распространенности конкретных заболеваний, совершенствования технологических стандартов диагностики, лечения и реабилитации пациентов по конкретным нозологиям.

Следует отметить, что в систему «расходы-доходы» специализированного лечебного учреждения высокого уровня необходимо закладывать принцип высокой востребованности и надежности схемы маршрутизации пациентов по территориальному распределению, что обеспечивает относительно постоянный уровень расходов.

Так, например, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области Центр «Бонум», являясь многопрофильным клиническим медицинским учреждением, имеет сложившиеся традиции по оказанию высокотехнологичной комплексной междисциплинарной помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией, ретинопатией недоношенных, детским церебральным параличом, в системе динамического наблюдения, начиная с момента рождения, используя методологию и маршрутизацию регионального подхода. Показатели рождаемости данной категории пациентов в пределах Свердловской области остаются стабильными на протяжении последних 5 лет. Поэтому экономические затраты, включая организацию внутриведомственного пространства для пациентов данного профиля, долгосрочно предсказуемы и составляют в среднем 150 000 руб. на 1 госпитализацию, что позволяет более точно планировать финансово-хозяйственную деятельность на следующий период.

Именно поэтому экономическая специфика соотношения «расходы-доходы» реализуется по данным нозологиям пороков грамотно, не нарушая финансовую палитру управления больничным хозяйством Центра «Бонум» в целом.

Как было указано выше, больничное хозяйство представляется комплексной организационной структурой и, как каждая структура, она состоит из отдельных элементов, каждый из которых имеет четкое функциональное предназначение [3]. Функционально-структурная модель поддержки оказания медицинской помощи на основе деятельности больничного хозяйства представлена на рис.2.



Рис.2. Модель поддержки оказания медицинской помощи на основе деятельности больничного хозяйства

Таким образом, в деятельности управления больничным хозяйством выделяются следующие организационные структуры:

- отдел закупок товаров и услуг, их учет, мониторинг и введение складских помещений;
- отдел содержания медицинского учреждения;
- отдел эксплуатации больничного хозяйства.

Оказывая медицинские услуги, медицинское учреждение использует интеллектуальный потенциал персонала и материальные ресурсы. Специалисты отдела располагают информацией о наличии материальных ресурсов, их расходов и планируют их накопление. В принципе логистика планирования материальных ресурсов в совокупности планирует общий объем средств, а затем детализирует по кварталам и месяцам в зависимости от возможных расходов [6].

Но ресурсы не только надо пополнять, но и управлять ими, обеспечивать в нужном количестве, номенклатуре и стоимости в определенное время.

Планирование включает: оценку технического состояния ресурсов, потребностей и финансовых возможностей, мониторинг рынка товаров и услуг, материальное хранение, учет и списание, т.е. постоянный мониторинг от поступления, складского хозяйства и списания [7].

Содержание больничного хозяйства включает ряд структурных подразделений, которые обеспечивают: санитарно-гигиеническое содержание рабочих площадей, вспомогательных помещений, создание эстетической и комфортной среды для пациентов и персонала, обработку специального инвентаря, предметов ухода за больными, диетического питания, малую механизацию и текущие ремонты.

Для обеспечения устойчивого функционирования медицинского учреждения система эксплуатации технических средств и технологического оборудования должна располагать специалистами, а также, в зависимости от объема, и структурными подразделениями по следующим направлениям:

- эксплуатация систем энерго-, тепло-, водоснабжения и канализации;
- систем кондиционирования и обеспечения лечебными газами;
- радио-, телефонная связь, передаточные устройства;
- лифтовое хозяйство;
- автохозяйство;
- участие в подготовке и контроле по заключению и исполнению договоров на технические услуги и их исполнение.

Таким образом, управление больничным хозяйством представляет сложную систему, она включает комплекс организационных решений, предполагающий логику планирования, координацию закупок материально-технических ресурсов с финансовыми возможностями. Как социально ориентированная система она динамична и подвержена влиянию как внешних, так и внутренних факторов. Поэтому обоснование оптимальной структуры больничного хозяйства позволяет обеспечить стабильную деятельность всех структурных отделений больницы в рациональном использовании интеллектуального и ресурсного потенциала.

Список литературы

1. Брауншвейг К. Управление больницами в Германии // Лекции по управлению и экономике здравоохранения. Екатеринбург, 2007. С.35-59.

2. Брауншвейг К. Финансовое планирование и финансирование врачебных практик в Германии // Лекции по управлению и экономике здравоохранения. Екатеринбург, 2007. С.59-96.
3. Блохин А.Б. Управление больничным хозяйством // Лекции по управлению и экономике здравоохранения. Екатеринбург, 2007. С.24-35.
4. Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А.Садовничий, Н.С.Григорьева, Т.В.Чубарова. М.: Экономика, 2012. 286 с.
5. Баранов А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, Р.Н.Терлецкая, Д.И.Зелинская // Вопросы современной педиатрии. Т.13. №2, 2014. С.5-10.
6. Блохин А.Б., Карлов А.А. Закупочная логистика в управлении материально-техническими ресурсами медицинских учреждений // Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения. Екатеринбург, 2009. С.91-96.
7. Блохин А.Б. Логистика в управлении материально-техническими ресурсами медицинских учреждений // Лекции по управлению и экономике здравоохранения. Екатеринбург, 2007. С.279-292.

Блохин Максим Александрович – и.о. заместителя главного врача по АХЧ ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonuminfo

О РАЗВИТИИ МЕХАНИЗМА ТРАНСЛЯЦИИ ТЕКСТОВ ИЗ МЕДИЦИНЫ В ФИЗИКУ

Грицюк Е.М.¹, Зимин А.О.², Гольдштейн С.Л.²

¹ ГАУЗ СО МКМЦ «БОНУМ», г. Екатеринбург, РФ

² ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург, РФ

Представлен пакет системно-структурных и алгоритмических моделей механизма трансляции текстов из медицины в физику на основе известных прототипов трансляторов общего назначения. Прототипы рассмотрены на уровнях всего механизма, его систем и подсистем. Системно-структурные и алгоритмические модели представлены в графическом формализме. Особое внимание обращено на фиксацию новизны структурно-функциональных решений.

Ключевые слова: транслятор, трансляционная медицина, медицинское учреждение, системно-структурные и алгоритмические модели, специфика частных задач, настройка на специфику.

On the development of a text translation mechanism from medicine to physics

Gritsyuk E.M. ¹, Zimin A.O. ¹, Goldshtein S.L. ²

¹ GUAZSO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation

² UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

The package of system-structural and algorithmic models of the mechanism of translation of texts from medicine to physics based on the well-known prototypes of general-purpose translators is presented. Prototypes are considered at the levels of the whole mechanism, its systems and sub-systems. System-structural and algorithmic models are presented in graphic formalism. Particular attention is paid to the fixation of novelty structural and functional solutions.

Keywords: translator, translational medicine, medical institution, system-structural and algorithmic models, the specificity of private tasks, tuning to specifics.

Введение

Трансляция текстов – это деятельность по интерпретации смысла текста на одном языке и созданию нового эквивалентного ему текста на другом языке. С распространением понятия «трансляционная медицина» [1] появляется специфика, связанная с тем, что базовый язык (например русский, английский) при такой трансляции сохраняется, но возникает необходимость в его профессиональной спецификации, в частности из медицины в физику. Учет этой спецификации требует адаптации отдельных

функций и структур известных механизмов трансляции. В статье поставлена и решена задача отражения этих особенностей в системно-структурных и алгоритмических моделях. При их развитии исходили из частного примера, связанного с возникшей потребностью организаторов здравоохранения оценивать ресурсно-результативные потенциалы (РРП) отдельных служб и медицинского учреждения (МУ) в целом с желательной опорой на модели, накопленные в естественных науках, прежде всего, в физике [2 – 4].

Литературно-аналитический обзор и выход на пакет научных прототипов

В качестве аналогов при литературно-аналитическом обзоре были выбраны трансляторы и их структурные составляющие.

В результате оценки аналогов выбраны лучшие, представленные как прототипы в таблице 1 по рангам.

Таблица 1
Пакет научных прототипов и их критика

Ранг прототипа	Название прототипа	Источник информации	Критика
0	Механизм трансляции текстов (МТТ)	[5-9]	Системно-структурная неполнота: не учитывается специфика МУ и физических процессов
1	Системы:		
	1 ввода информации	[5-9]	Функциональная неполнота
	2 репозитария информации	[10-13]	
	3 анализаторов	[5-9]	
	4 генератора кода	[5-9]	
	5 вывода информации	[5-9]	
7 настройки на специфику	[14-16]		
2	Подсистемы:		
	1.1 ввода исходного текста	[5-9]	Параметрическая неполнота
	1.2 выбора медицинского диалекта русского языка	[5-9]	
	1.5 выбора физического диалекта русского языка	[5-9]	
	2.5 знаний	[10-13]	
	4.1 выбора элемента текста	[5-9]	
	4.2 выбора правила работы с элементом текста	[5-9]	
	4.3 замены одного языка на другой	[5-9]	
	4.5 расчета РРП	[2-4]	
	5.1 вывода переведенного текста	[5-9]	
	5.2 вывода отчета о проделанной работе	[5-9]	
	5.4 вывода ответа о решении задачи	[2-4]	
	7.5 задачника	[17-18]	

В таблицу научных прототипов внесены только те системы и подсистемы, которые подверглись критике и их надо улучшать. Общий недостаток МТТ из медицины в физику – не учитывается специфика предметных областей, из чего следуют все виды неполноты. Предложения по парированию этих недостатков представлены далее с помощью системно-структурных и алгоритмических моделей.

Системно-структурные модели МТТ «Медицина-физика»

На рис. 1-6 приведены системно-структурные модели прототипов и их развитие.

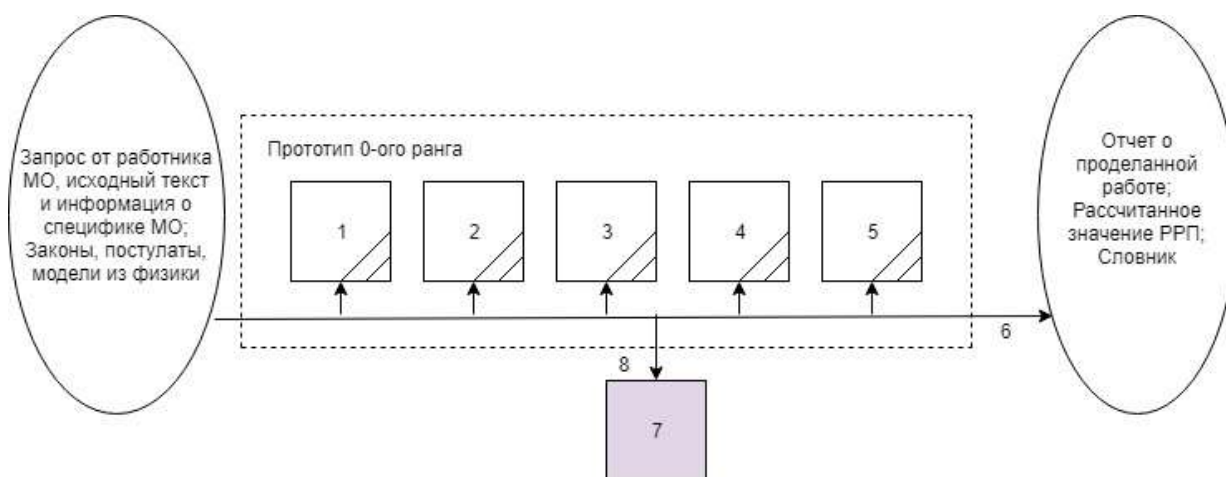


Рис.1 Системно – структурная модель МТТ из медицины в физику по компилятивному прототипу [5-9] и предлагаемому решению: новизна обозначена штриховкой, фоном, жирной стрелкой, где системы: 1 – ввода данных; 2 – репозитарий информации; 3 – анализаторов; 4 – генератора продукта; 5 – вывода информации; 7 – настройки на специфику, и их интерфейсы 6 и 8.

Системно-структурная модель состоит из 5 систем прототипа: 1 – ввода данных, 2 – репозитария информации, 3 – анализаторов, 4 – генератора продукта, 5 – вывода информации, с помощью которых можно переводить текст. Предложено добавить систему настройки на специфику с интерфейсом 8 и модернизировать системы 1, 2 и 4, 5, чтобы парировать функциональную неполноту компилятивного прототипа.

Частичная штриховка (уголки) показывает, что системы прототипа предложено модернизировать, то есть была проведена настройка на специфику МО и физических процессов.

На вход МТТ поступает запрос от работника МУ на перевод, а также исходный текст и информация о специфике МУ. На выходе: адресату – переведенный на физический диалект текст и задача на расчет РРП, отправителю – отчет о работе.

На рис. 2 представлена системно-структурная модель системы ввода информации.

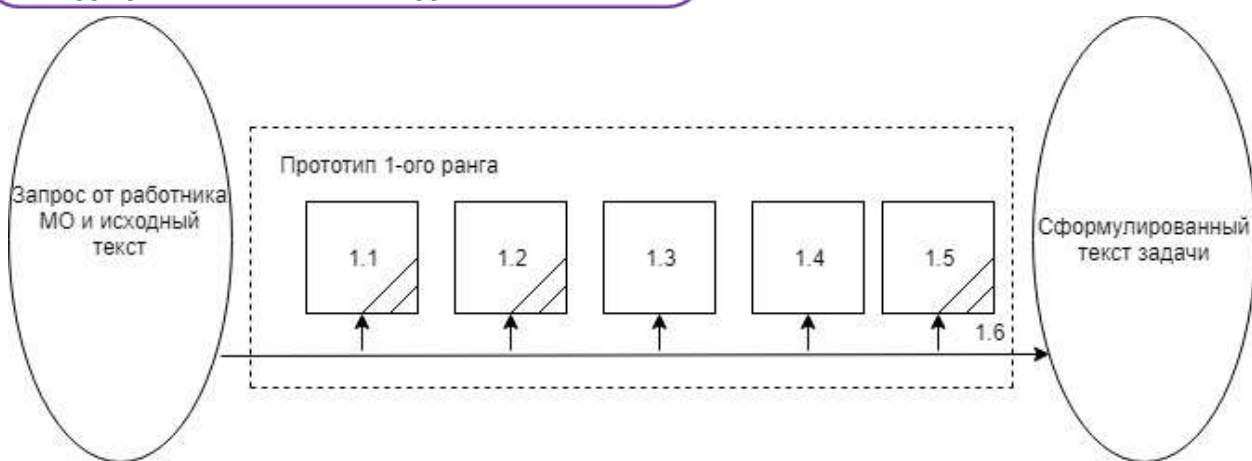


Рис.2 Системно – структурная модель системы ввода информации по компилятивному прототипу [5-9] и предлагаемому решению: новизна обозначена штриховкой, где подсистемы: 1.1 – ввода исходного текста и задания; 1.2 – выбора исходного языка из набора медицинских диалектов; 1.3 – настройки параметров текста; 1.4 – сохранения/загрузки документа; 1.5 – выбора целевого языка из набора физических диалектов, 1.6 - интерфейс.

Прототип состоит из подсистем: 1.1 – ввода исходного текста и задания; 1.2 – выбора языка перевода; 1.3 – настройки параметров текста; 1.4 – сохранения/загрузки документа, 1.5 – выбора целевого языка.

Частичная штриховка (уголки) показывает, что подсистемы 1.1, 1.2 и 1.5 прототипа предложено улучшить за счет настройки на специфику.

На входе - запрос от работника МУ и его исходный текст. На выходе - текст задачи и запроса в IT-формате.

На рис. 3 представлена системно-структурная модель репозитария информации.

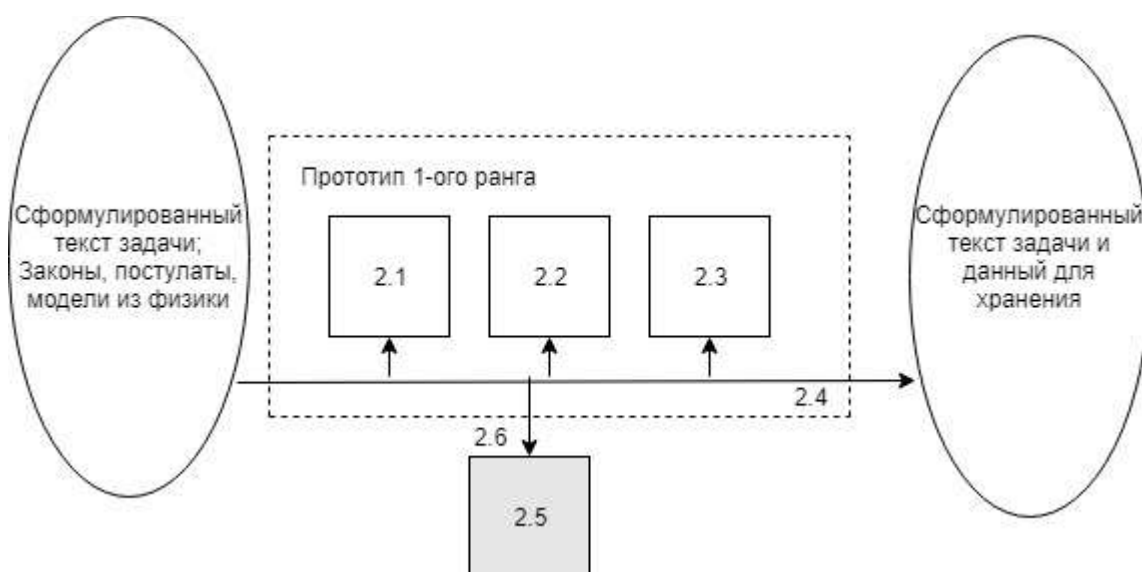


Рис.3 Системно – структурная модель репозитария информации по компилятивному прототипу [10-13] и предлагаемому решению, где подсистемы: 2.1 – приемника; 2.2 – хранилища; 2.3 – выдачи; 2.5 – подсистемы знаний, 2.4 и 2.6 - интерфейсы.

Прототип состоит из подсистем: 2.1 – приемника; 2.2 – хранилища; 2.3 – выдачи. Репозиторий позволяет хранить сформулированный текст задачи и данные для расчета РРП, иметь быстрый и удобный доступ к ним и их пополнению. Прототип репозитория информации может принимать и хранить данные, но не предусматривает наличие знаний по физике и о МУ, которые необходимы для расчета РРП, поэтому добавлена новая подсистема 2.5.

На вход поступает компьютеризированный текст задачи, данные и знания, на выходе – текст, задачи, знания и данные.

Третий прототип 1-ого ранга (система анализаторов) оставлен без изменений.

На рис. 4 представлена системно-структурная модель системы генератора кода.

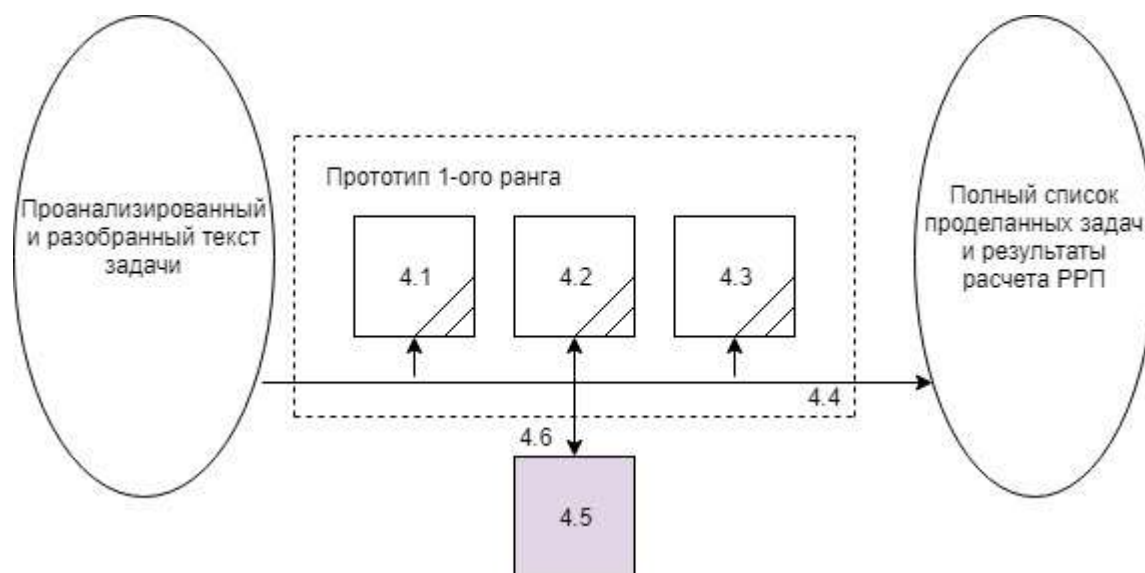


Рис.4 Системно – структурная модель системы генератора продукта (кода) по компилятивному прототипу [5-9] и предлагаемому решению, где подсистемы: 4.1 – выбора элемента текста; 4.2 – выбора правила работы с ним; 4.3 – замена одного языка и диалекта на другой; 4.5 – расчета РРП, 4.4 и 4.6 - интерфейсы.

Прототип системы генератора продукта состоит из подсистем: 4.1 – выбора элемента текста; 4.2 – выбора правила работы с ним; 4.3 – замены одного языка и диалекта на другой. Прототип позволяет закончить перевод текста с одного языка высокого уровня на другой.

Частичная штриховка (уголки) показывает, что подсистемы прототипа улучшены, то есть проведена настройка на специфику. Кроме того добавлена подсистема 4.5 – расчета РРП.

На вход поступают выходы систем 1-3. На выходе – перевод и модель решения задачи по РРП.

На рис. 5 - системно-структурная модель системы вывода информации.

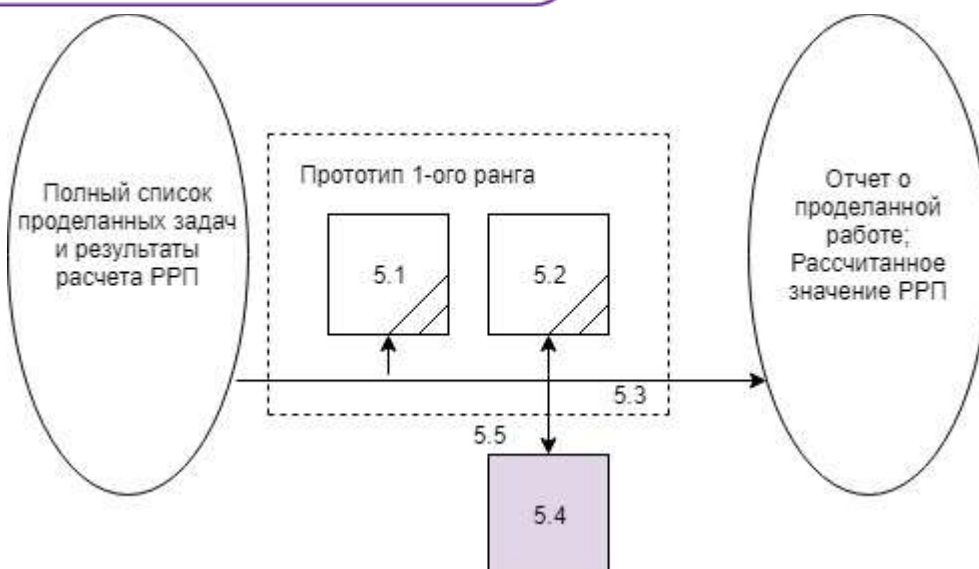


Рис.5 Системно – структурная модель системы вывода информации по компилятивному прототипу [5-9] и предлагаемому решению,
где подсистемы: 5.1 – вывода переведенного текста; 5.2 – отчета о проделанной работе; 5.4 – вывода ответа о решении задачи, 5.3 и 5.5 - интерфейсы.

Прототип системы вывода информации состоит из подсистем: 5.1 – вывода переведенного текста; 5.2 – отчета о проделанной работе. Частичная штриховка (уголки) показывает, что подсистемы прототипа улучшены настройкой на специфику МУ и физических процессов. Добавлена подсистема 5.4 – вывода ответа о решении задачи.

На вход поступают выходы систем 1-4. На выходе получаем перевод, модель расчета по РРП, отчет о проделанной работе.

На рис. 6 представлена системно-структурная модель системы настройки на специфику.

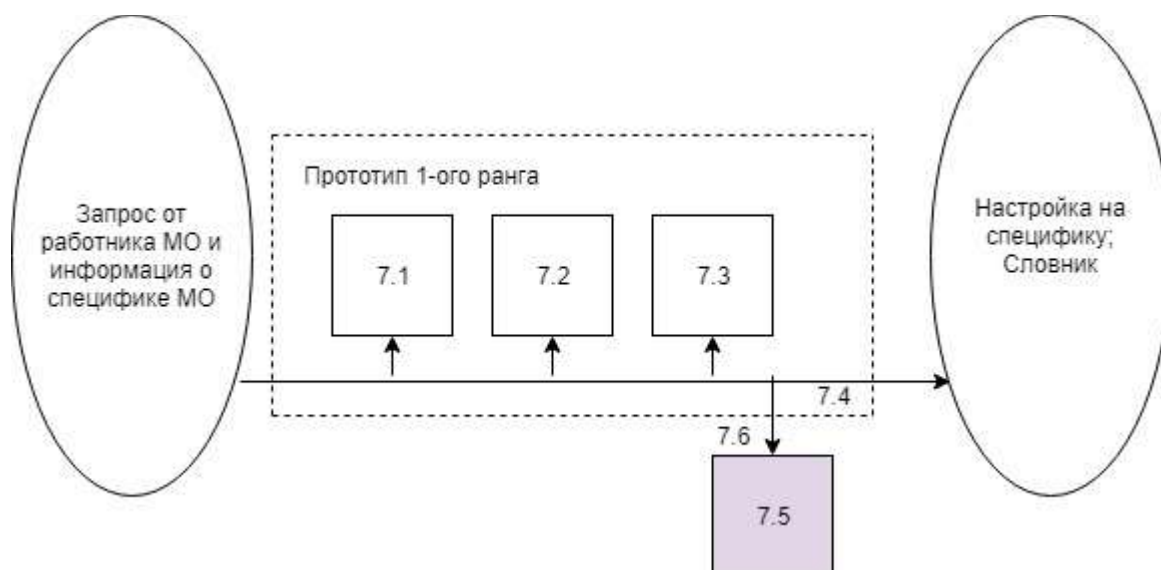


Рис.6 Системно – структурная модель системы настройки на специфику по прототипу [14-16] и предлагаемому решению,
где подсистемы: 7.1 – инструментария; 7.2 – объекта настройки; 7.3 – нормативных документов; 7.5 – задачника, 7.4. и 7.6 - интерфейсы.

Прототип системы настройки на специфику состоит из подсистем: 7.1 – инструментария; 7.2 – объекта настройки; 7.3 – нормативных документов. Прототип позволяет настраивать выбранный объект на заданную специфику. Предложено добавить подсистему 7.5 – задачник для адресата, чтобы хранить список задач, а возможно и готовых решений и рекомендаций.

На вход поступают выходы систем 1-5. На выходе получаем их настройку на специфику.

Алгоритмические модели функционирования МТТ

На рис. 7 представлена алгоритмическая модель работы механизма трансляции из медицины в физику. Прямоугольники с штриховкой означают то, что указанные процессы были модифицированы.

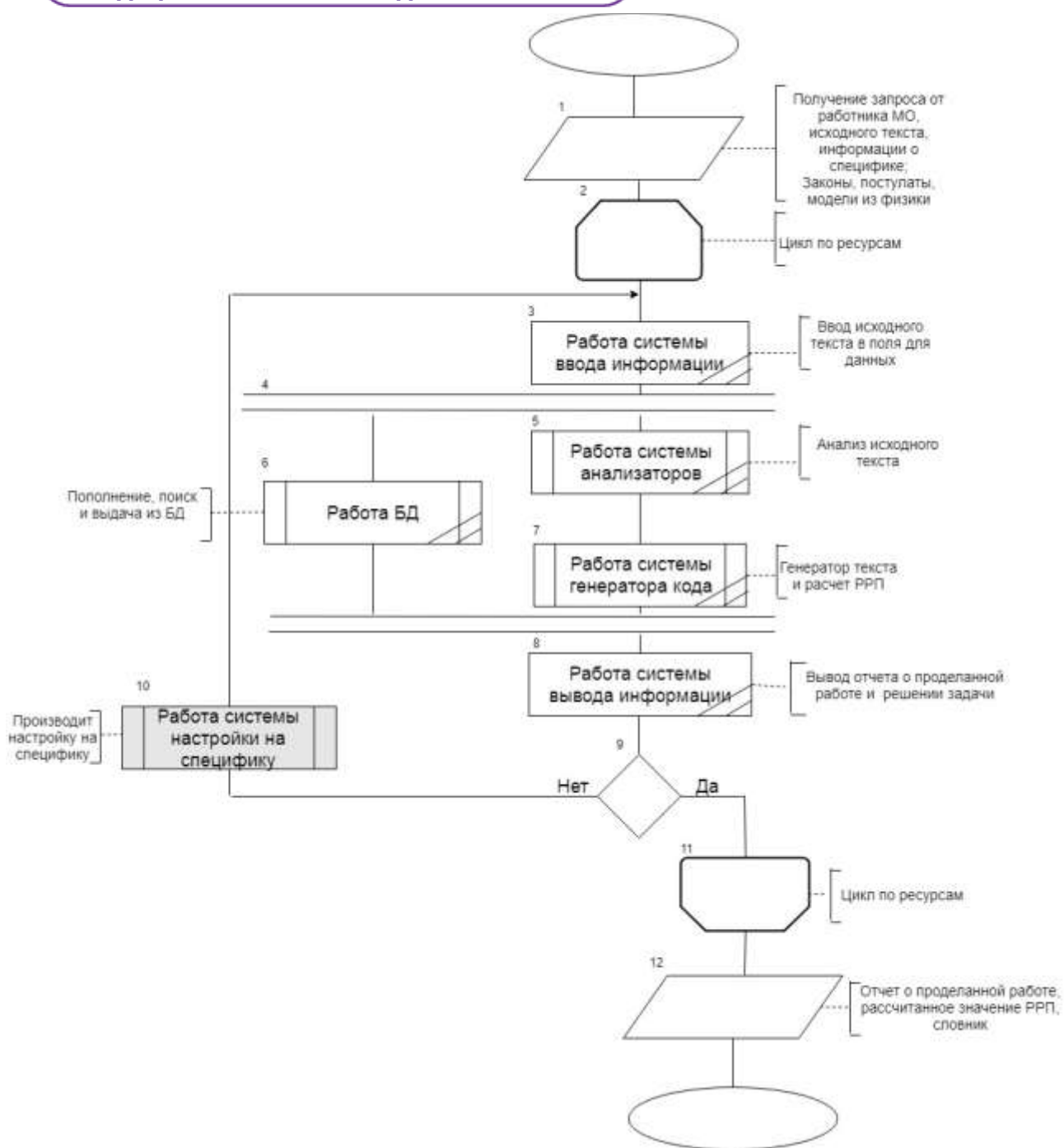


Рис.7 Алгоритмическая модель МТТ из медицины в физику по прототипу [5-9] и предлагаемому решению

Работа начинается с функционирования системы ввода информации. Далее системы анализаторов и генератора продукта параллельно вступают в работу с репозитарием информации. Затем начинает работу система вывода информации. Если полученные результаты не устраивают своим качеством пользователя, то необходимо включить систему настройки на специфику, которая находится в канале обратной связи, после чего весь алгоритм функционирования повторяется. Полный пакет алгоритмических моделей включают еще 6 схем.

Заключение

Полученные результаты:

- поставлена задача о развитии механизма трансляции текстов из медицины в физику в рамках идеологии трансляционной медицины;
- выполнен литературно-аналитический обзор с выходом на пакет научных прототипов механизма трансляции текстов с системами и подсистемами;
- предложен пакет системно-структурных моделей механизма трансляции текстов в рамках прототипов и предлагаемых решений;
- представлен фрагмент пакета алгоритмических моделей функционирования этого механизма.

Сделан вывод о достаточности представленного материала для дальнейшей детализации вновь введенных и модернизируемых систем и подсистем.

Список литературы

1. Трансляционная медицина [Электронный ресурс] // [сайт] URL: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=10962
2. Ермаков А.И. О механических аналогиях для моделирования ресурсно-результативного потенциала медицинского учреждения [текст] / Ермаков А.И., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М. // Системная интеграция в здравоохранении.- 2017.-№3(33). – С. 6-21.
3. Зимин А.О. О системно-интеграционной методологической базе определения и оценки потенциалов, релевантно-пертинентных деятельности медицинского учреждения [текст] / Зимин А.О., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Дугина Е.А. // Системная интеграция в здравоохранении.- 2016.-№4(30). – С. 5-21.
4. Дугина Е.А. Развитие моделей системы организации специализированной медицинской помощи детям на основе теории потенциалов [текст] /Дугина Е.А. Диссертация в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора медицинских наук. // «МКМЦ Бонум».- Екатеринбург, 2018. – С.66.
5. Пат. 2103728 Способ преобразования входной программы транслятора и устройство для его осуществления [Текст] / Сафонов В.О.; заявитель и патентообладатель Сафонов В.О., заявл. 24.10.1995, опубл. 27.01.1998
6. Пат. 2233004 Устройство и способ для эмуляции старых команд [Текст] / Кэннон У.Дж., Ремнант Д.К.; заявитель и патентообладатель ТРВ ИНК. заявл. 18.012.1998, опубл. 20.07.2004
7. Пат. 2214621 Внутрисхемный эмулятор [Текст] / Федорцов А.О., Долинский М.С.; заявитель и патентообладатель Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины. заявл. 07.12.1999, опубл. 20.10.2003

8. Compiler Basics [Электронный ресурс] // [сайт]. URL: <http://ict.edu.ru/ft/005128//ch3.pdf>
(дата обращения: 12.01.2018)
9. Интерпретатор [Электронный ресурс] // [сайт]. URL: <https://studfiles.net/preview/1742327/>
(дата обращения: 12.01.2018)
10. Абдикеев Н. М. Проектирование интеллектуальных систем в экономике [Текст] / Н. М. Абдикеев. - М.: НФПК, 2003. - 366 с.
11. Гаврилова Т. А. Базы знаний интеллектуальных систем [Текст]/ Т.А. Гаврилова, В.Ф. Хорошевский. - СПб.: Питер, 2000. - 383 с.
12. Гольдштейн С.Л. Разрешение проблемных ситуаций при поддержке систем, основанных на знаниях [Текст]/ С.Л. Гольдштейн, А.Г. Кудрявцев. – Екатеринбург: ИД «ПироговЪ», 2006. – 218 с
13. Величковский Б. М. Когнитивная наука: Основы психологии познания [Текст] / Б.М. Величковский. - М.: «Академия», 2006. - 448 с.
14. Гольдштейн С. Л. Настройка корпоративных информационных систем на задачи предприятия [Текст] / С. Л. Гольдштейн, И. В. Кашперский. – Екатеринбург: Форт Диалог-Исеть, 2006. - 54 с.
15. Рудометов В.Е. РС. Настройка, оптимизация и разгон./ Рудометов В.Е., Рудометов Е.А. – СПб.: ВHV, 2003.
16. Федорчук А.В. FreeBSD. Установка, настройка, использование. / Федорчук А.В., Торн А.В. – СПб.: ВHV, 2003.
17. Райхмист Р.Б. Задачник по математике для учащихся средней школы и поступающих в вузы [текст] / Райхмист Р.Б. – М.: Московский лицей, 2007. – 152 с.
18. Шипачев В.С. Задачник по высшей математике [текст] / Шипачев В.С. – М.: Высшая школа, 2003. – 304 с.

Грицюк Елена Михайловна, - д.м.н., врач-эпидемиолог ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

О СОЗДАНИИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ДУГИНА Е.А.¹, ГРИЦЮК Е.М.¹, ГОЛЬДШТЕЙН С.Л.²

¹ ГАУЗ СО МКМЦ «БОНУМ», г. Екатеринбург, РФ,

² ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург, РФ.

Проведен литературно-аналитический обзор и анализ его результатов по основным понятиям стратегического планирования, а также аналогам и нормативным документам, предписывающим правила разработки стратегии. Представлено описание практического опыта составления стратегии медицинского клинического многопрофильного центра. Разработан цикл реализации стратегии развития. Найдены инструменты для реинжиниринга организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента.

Ключевые слова: стратегическое планирование, стратегия развития, механизм разработки стратегии развития, реинжиниринг, организационно-информационная поддержка менеджмента, интенсивный путь развития медицинского клинического многопрофильного центра.

About creating development strategies state medical institution in modern conditions

Dugina E.A.¹, E.M. Gritsyuk¹, S.L.Goldshtein²

¹ GUAZSO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, the Russian Federation

² Yeltsin UrFU or UrFU, Yekaterinburg, the Russian Federation

A literary and analytical review and analysis of its results on the basic concepts of strategic planning, as well as analogues and normative documents prescribing the rules of strategy development. The description of practical experience of strategy development of the medical clinical multi-profile center is presented. The cycle of implementation of the development strategy is developed. Tools for reengineering of organizational and management environment and information and computer support of management are found.

Keywords: strategic planning, development strategy, mechanism of development strategy development, reengineering, organizational and information support of management, intensive way of development of medical clinical multidisciplinary center.

Введение

В современных условиях складывается ситуация, при которой медицинские государственные учреждения, решая вопрос своего дальнейшего развития, остро

нуждаются в инструменте стратегического планирования. В особенности эта проблема задевает многопрофильные медицинские центры, обладающие уникальными технологиями и оказывающие высокоспециализированную помощь. При дефиците ресурсного обеспечения и высокой активности коммерческих клиник чрезвычайно актуально сохранить и приумножить потенциал лечебно-диагностического учреждения, а также удержать его лидирующее положение по основным направлениям деятельности.

Развиваться или выживать? Часто граница между этими понятиями очень тонка, так как путь развития может быть единственным способом выживания. Как сказано Л. Кэрроллом (известным писателем и математиком): «Нужно бежать со всех ног, чтобы только оставаться на месте, а чтобы куда-то попасть, надо бежать как минимум вдвое быстрее».

В настоящей статье поставлена и решена задача вербального описания механизма разработки стратегии в медицинском клиническом многопрофильном центре.

Основные понятия, их интерпретация, обзор аналогов

Принято выделять два основных пути развития: экстенсивный и интенсивный [1-3]. При экстенсивном типе необходимо количественно увеличивать факторы производства, а при интенсивном – качественно их совершенствовать и лучше использовать. В настоящее время под влиянием внешних и внутренних причин экстенсивный путь развития для медицинских организаций мало доступен, поэтому все чаще приходится выбирать интенсивный.

На практике нередко бывает так, что представления о путях развития в сознании представителей руководства организацией имеются, а пакет документов, где это должно быть изложено, отсутствует или недостаточно проработан. В таких случаях необходимо отметить расхождение во мнениях и субъективность понимания как среди администрации, так и среди исполнителей, а также угрозу потери преемственности при воплощении идей о развитии. Для их фиксации и реализации известно несколько видов документов: миссия, концепция, стратегия, программы, планы, проекты. У каждого есть свое назначение, структура и способы применения.

«Миссия – стратегическая (генеральная) цель, выражающая смысл существования, общепризнанное предназначение организации. Это роль, которую предприятие хочет играть в обществе» (Л.Гительман «Преобразующий менеджмент») [4]. Специального документа, посвященного изложению миссии, не найдено, но в некоторых источниках она приводится как структурная часть стратегии.

Концепция (от латинского conceptio - понимание, система), определенный способ понимания, трактовки каких-либо явлений, основная точка зрения, руководящая идея для

их освещения; ведущий замысел, конструктивный принцип различных видов деятельности [5]. Примеры различных концепций известны в медицине [6-7]. Найденные документы, как правило, носят декларативный характер, отображают цели, задачи и основные направления развития, этим исчерпывается их предназначение.

Стратегия - общий, всесторонний план достижения целей " [8]. Стратегия: деятельность, направленная на получение планируемого результата с учетом перспективы долговременного развития..." [9]. В приведенных определениях подчеркнуты те слова, которые дают основные характеристики понятия стратегии. Это планирование деятельности для достижения определенных результатов, направленное на развитие. Нами выявлены следующие особенности: имеется ряд документов, предписывающих правила составления стратегии [10-12] и найдены аналоги стратегий для различных сфер экономики [13-17], предполагается обобщающий характер стратегии (т.е. не должна содержать указаний к конкретным действиям), при этом несомненной ее ценностью можно считать заложенную в ней возможность перехода от целеполагания к составлению программ и планов, содержащих четко определенные мероприятия по реализации. Также необходимо отметить связь стратегии и более высоких по рангу государственных документов, определяющих ее основные положения [18-21].

В медицинской отрасли нами выявлена неполнота в плане нормативного обеспечения разработки стратегии развития. Документ федерального масштаба существует пока только в виде проекта [22] и подвергся активной критике со стороны некоторых авторитетных организаторов здравоохранения РФ [23]. По видимому, это повлияло на ситуацию регионального уровня, нами не найдены стратегии развития здравоохранения различных областей РФ. Зато сразу сделан шаг на следующий этап - составлены программы развития [24-25], которые опираются на документы общие для всех сфер экономики [13, 16] слабо отражающие специфику медицинской деятельности. При этом основное внимание уделяется факторам, влияющим на здоровье населения, а направленность на развитие медицинских учреждений представлено косвенно (в основном в виде информатизации).

Возможно, что такой подход отразился на разном понимании стратегии развития в различных медицинских организациях [26-28], что представляется в публикациях заменой понятий, множественностью и противоречивостью их толкования. Аналогов утвержденных документов в виде стратегии развития лечебно-диагностического учреждения нами не найдено. Причиной этого можно считать также то, что подобные

документы содержат определенную коммерческую и корпоративную тайну, поэтому не подлежат открытому доступу и применяются только внутри организации.

Практический опыт составления стратегии развития медицинского многопрофильного центра

В качестве пути развития нами принят интенсивный вариант на основе реинжиниринга организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента. Руководством МКМЦ «Бонум» принято решение о создании функциональной рабочей группы по разработке стратегии развития центра. С целью поиска аналогов и правил составления стратегии проведен обзор нормативных документов и научных публикаций, которые можно разделить на 2 группы:

- 1) рекомендации по составлению стратегий [10-12],
- 2) аналоги или примеры стратегий (программ, концепций и др.) [13-17].

На основе этих документов выделены этапы и предлагается использовать их с адаптацией под медицинскую организацию как основное руководство для разработки стратегии (табл. 1).

Таблица 1
Этапы разработки стратегии:

№ п/п	Этапы (по блокам структуры стратегии)
1.	АНАЛИТИЧЕСКИЙ БЛОК: – обзор законодательства, составление нормативной базы; – составление формы шаблона для проведения аудит-отчета по направлениям проекта; – проведение скрининговой формы аудит отчета; – анализ данных скрининг-аудит-отчета по направлениям проекта, выявление проблемных зон и возможностей центра
2.	БЛОК ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ: определение цели, задач, направлений стратегии, планируемые результаты
3.	БЛОК ЦЕЛЕВОГО СЦЕНАРИЯ: программы, механизмы, пути достижения цели (по основным направлениям)
4.	БЛОК РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ: основные мероприятия по внедрению и финансовые ресурсы по реализации

Согласно методическим рекомендациям (табл. 2) по разработке стратегии ее структура должна соответствовать этим этапам.

Наиболее полным и рациональным представляется вариант 5) в табл. 2, составленный на основе Закона Свердловской области от 21 декабря 2015 года № 151-ОЗ «О стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016 - 2030 годы».

Обзор структур стратегий из разных нормативно-правовых источников

По регламентирующим документам	По аналогам стратегий
<p>Вариант 1) Ф3 от 28.06.2014 N 172-ФЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка достигнутого уровня, - анализ, - прогноз развития, - направления развития, - оценка рисков и угроз. - планируемые показатели, - оценка финансовых ресурсов, которые можно направить на реализацию, - программы/проекты 	<p>Вариант 4) Проект стратегии развития здравоохранения РФ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка состояния, - вызовы и угрозы, - цели, задачи, - механизм, - направления, - результаты, - этапы реализации, - управление реализацией
<p>Вариант 2) Методические рекомендации по стратегии социально-экономического развития субъекта РФ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вводная часть (аналитический блок), - цели, задачи, - сценарий, - направления, - другие разделы (обновление, согласование), - ресурсное обеспечение 	<p>Вариант 5) Стратегия социально-экономического развития Свердловской области:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка достижений, - оценка конкурентоспособности, - проблемы, - цели, - этапы, - результаты реализации, - оценка фин. ресурсов, - по направлениям цели, задачи, проекты, - документы по стратегическому планированию (стратегии, программы/проекты, планы, прогноз), - реализация стратегии, - общественное обсуждение, - мониторинг, контроль, отчетность
<p>Вариант 3) Методические рекомендации по стратегии развития экономической отрасли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ текущего состояния, - анализ действующих мероприятий, - цели, задачи, - ключевые показатели, - направления, - сценарии (перечень мероприятий), - ресурсное обеспечение, - контроль выполнения стратегии 	

Для проведения анализа выбраны четыре основных направления развития: повышение качества медицинской помощи с применением риск-ориентированных технологий; управление персоналом; научно-исследовательская деятельность; предпринимательская деятельность.

Шаблон для проведения скрининговой формы аудит-отчета был разработан в процессе постановки задач стратегии и включает проблемные вопросы организационно-информационной поддержки по выбранным четырем основным направлениям. Составлена таблица шаблона и предложена для заполнения разработчикам стратегии.

При предварительной оценке данных скрининговой формы аудит-отчета выявлено, что, несмотря на общие слабости в плане развития организационно-информационной поддержки, уровень проблемы в каждом из выбранных направлений разный, имеются дополнительные особенности в плане сильных и слабых сторон, возможностей и угроз. Поэтому было принято решение по каждому направлению составлять свою таблицу SWOT-анализа. Для этого по каждому направлению суммированы баллы экспертных оценок, собраны и обобщены словесные описания проблемных вопросов, имеющих на

настоящее время достижений и возможных перспектив. Необходимо отметить, что суммарные оценки проблемных вопросов неравнозначны оценкам работы всего направления, при проведении SWOT-анализа была поставлена цель выявить острые ситуации и оценить степень их выраженности, а не проводить в целом оценку деятельности отделов и/или конкретных специалистов.

Полученные данные обработаны, проанализированы и представлены в виде таблиц SWOT-анализа в блоке целевого сценария стратегии.

Сформулирована миссия многопрофильного клинического медицинского центра, как обязательная структурная часть стратегии. На ее основе разработчиками составлены цель, задачи, предложены пути применения и сделано предположение об ожидаемых результатах реализации стратегии развития Центра.

Цель стратегии: более высокий уровень развития на основе реинжиниринга организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента

Задачи стратегии – развить направления:

- качества медицинской помощи и риск-ориентированных технологий;
- управления персоналом;
- научно-исследовательской деятельности;
- предпринимательской деятельности.

Пути применения/использования стратегии развития:

- составление программ развития, ежегодных планов и дорожных карт организационно-управленческой деятельности руководителей всех уровней центра;
- повышение качества управления медицинским и немедицинским персоналом (в т.ч. реинжиниринг идеологии сотрудников и повышения управленческих компетенций);
- совершенствование риск-ориентированных технологий с целью обеспечения высокого качества медицинской помощи;
- оптимизация научно-исследовательской деятельности сотрудников центра, в том числе со студентами и консультантами различных кафедр ВУЗов;
- развитие предпринимательской составляющей путем управления через финансовый результат и наращивания конкурентоспособности;
- последовательный и планомерный реинжиниринг в целях устойчивого развития центра.

Ожидаемые результаты реализации стратегии:

- управленческий – стратегия развития на период 2019-2021 гг. с последующей разработкой ежегодных планов и дорожных карт поможет усовершенствовать процессы планирования и контроля и вывести управление на качественно новый уровень;
- медицинский – совершенствование оказываемой населению медицинской помощи путем оптимизации организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента;
- социальный эффект – снижение совокупного ущерба качеству жизни пациентов при повышении доступности, уровня организации медицинской помощи и управления ею, а также обеспечение комфортных условий работы персонала медицинского центра (единая позитивная идеология сотрудников);
- экономический эффект – повышение доходов за счет увеличения потоков пациентов, снижение расходов посредством отказа от убыточных технологий и поиск альтернативных источников финансирования (спонсоров, инвесторов, участие в грантах);
- научно-технический – опыт моделирования, интеграции и модернизации IT - средств, используемых для поддержки медицинской организации и управления ею в рамках цифровой медицины.

Разработаны блоки целевого сценария по каждому из выбранных направлений: качество медицинской помощи, риск-ориентированные технологии; управление персоналом; научно-исследовательская деятельность; предпринимательская деятельность. На основе результатов SWOT-анализа предлагается краткое описание программы и подпрограмм по развитию данного направления (с использованием следующих принципов: поддержать сильные стороны, нивелировать – слабые, парировать возможные угрозы и использовать перспективных возможности).

Реализация стратегии

Проведенный обзор нормативных документов и научных публикаций показал, что признаны четыре основных мероприятия по реализации стратегии:

- разработка, обсуждение, редактирование, утверждение документов;
- мониторинг и контроль внедрения;
- анализ, оценка эффективности, отчетность;
- прогнозирование.

Считаем, что для успешного внедрения необходимо внести еще два:

- осуществление механизма внедрения;
- модернизация стратегии на следующий период.

Предполагается непрерывный цикл реализации стратегии в приведенном на рисунке порядке.



Рис. Непрерывный цикл реализации стратегии

1. Разработка, обсуждение, редактирование, утверждение документов

Выделяют определенный перечень документов, необходимых для реализации стратегии, и, как правило, предлагается их ранжирование по нарастанию степени детализации и объему охвата проблем учреждения (области/отрасли):

- стратегия развития – крупный охват проблем нескольких направлений или всего учреждения (области/отрасли) и низкая детализация (до уровня программ);
- программы развития – охват проблем одного направления и детализация до уровня мероприятий и/или их групп и/или проектов;
- план мероприятий – охват проблем на уровне подразделения/отделения и конкретных исполнителей и детализация вплоть до этапов каждого мероприятия;
- проекты – уровень охвата проблем такой же, как в плане мероприятий, а детализации – самая высокая до предметно-объектного уровня (так как предполагается некоторая новизна или неясности при постановке задачи разработки проекта).

Заложена и последовательность в очередности разработки этих документов: сначала стратегия, затем программы, потом план мероприятий (или мероприятия из программ вносятся в общий план работы учреждения). При необходимости ввода новых технологий и/или модернизации уже используемых (в том числе организационных) разрабатываются проекты. После или в ходе разработки документы выносятся на обсуждение, согласование и утверждение. Сроки готовности следующие: планы мероприятий должны быть утверждены до начала нового отчетного периода (например, начала года).

2. Осуществление механизма внедрения

Программы развития разрабатываются участниками проектного центра, утверждаются главным врачом и передаются руководителям центров и заведующим отделений за месяц до начала года. Руководители центров и заведующие отделений вносят мероприятия в свои планы (указывают сроки и ответственных лиц) и направляют их в организационно-методический отдел для составления комплексного плана работы центра.

3. Мониторинг и контроль внедрения

Мониторинг проводится участниками проектного центра и руководителями центров и заведующими отделений путем сбора, анализа информации и составления отчета по внедрению мероприятий стратегии развития. В ежеквартальном режиме по результатам доклада отчета главный врач принимает управленческие решения в отношении мероприятий стратегии и их исполнителей. Мониторинг и контроль внедрения осуществляется проектным центром не реже одного раза в квартал. Ситуация по реализации планов мероприятий и соответствующий ей проект управленческих решений докладывается главному врачу.

4. Анализ, оценка эффективности, отчетность

По ходу отслеживания ситуации собирается статистика и оценивается: полнота выполнения и сроки мероприятий, достижение параметров-индикаторов, эффективность использования ресурсов, вклад исполнителей. Делается вывод о целесообразности продолжения проведения мероприятий и проектов по внедрению и/или модернизации технологий. Составляется проект управленческих решений по сложившейся ситуации.

5. Прогнозирование

По завершению периода действия стратегии накопленная статистика анализируется и по результатам анализа составляется вероятный прогноз динамики ситуации в центре в рамках заявленных цели и задач развития центра, в том числе с учетом внешних изменений.

6. Модернизация стратегии на следующий период

На основе обзора нормативов и научных публикаций, ранее разработанных документов, имеющегося опыта работы по стратегическому планированию и результатов анализа статистических данных по завершающемуся сроку действия настоящей стратегии необходимо разработать новую или модернизировать имеющуюся стратегию на следующий период. При этом целесообразно провести SWOT-анализ и учесть полноту выполнения и сроки проведения мероприятий, достижение параметров-индикаторов, эффективность использования ресурсов, вклад исполнителей, а также изменения внешних и внутренних факторов, влияющих на ситуацию в медицинском центре.

Финансовые ресурсы по реализации стратегии

По причине отсутствия результатов анализа статистических данных по реализации предыдущего варианта стратегии и неустойчивости внешней политической и социально-экономической ситуации сложно оценить величину финансовых расходов для реализации плана мероприятий по развитию центра. Поэтому источник финансирования и предполагаемые расходы предлагается рассматривать в рамках конкретных проектов (относительно внедрения/модернизации технологий, приобретения оборудования, обучения сотрудников и др.). Для реализации организационных мероприятий по основным направлениям настоящей стратегии необходимо оптимально использовать имеющиеся в наличии ресурсы (финансы, кадры, время, энергию, оборудование и материалы, помещения и др.). Только после проведенных исследований, обоснования рентабельности (20% и более), разработки с последующим утверждением проекта внедрения/модернизации необходимых технологий и контролем от внедрения до оценки эффективности целесообразно планировать дополнительные расходы финансовых и других ресурсов.

Предлагаемые инструменты стратегии развития

Необходимо выделить основные предлагаемые инструменты организационно-управленческой и информационно-компьютерной поддержки развития центра:

- проектный центр,
- служба контроллинга,
- система документооборота,
- корпоративный университет,
- лицензирование образовательной деятельности,
- служба инновационного маркетинга.

По ходу рассмотрения разработанной стратегии видно, что эти инструменты предлагается использовать для развития разных направлений. Нужно подчеркнуть в

качестве особенности внедрения и использования этих инструментов, что они будут эффективны только при совместной интегрированной работе нескольких подразделений (отделы качества медицинской помощи, организационно-методический, информационно-аналитический, научно-исследовательский, управления персоналом, планово-экономический, предпринимательской деятельности и др.), а также руководителей центров и заведующих отделений. В противном случае польза будет минимальной. Возможности и компетенции специалистов только одного отдела или подразделения не в состоянии обеспечить успешную работу данного инструментария.

Также необходимо отметить, что ранее в Центре основные принципы предлагаемой организационно-информационной поддержки частично применялись и в настоящее время в некотором виде используются, но нуждаются в развитии. Разработчиками выдвинуто предположение, что постоянное комплексное применение и усовершенствование этих инструментов поможет развить основные направления стратегии. Далее приводим краткое описание инструментов.

1. Проектный центр – функциональная группа разработчиков (заведующие отделений и руководители центров, экономист, юрист, специалист отдела управления персоналом, при необходимости программист, инженер или представители других отделов в зависимости от решаемой задачи), составляющих по поручению главного врача проекты, включающие: обоснование, описание технологии (медицинской диагностической, лечебной или организационного плана), расчет предполагаемых расходов и доходов, мероприятия по внедрению, мониторингу реализации и анализу эффективности.

В функции группы также входит отслеживание всех этапов цикла данной технологии и подготовка для рассмотрения и принятия главным врачом управленческих решений в рамках контроля проекта. Технологии, рассматриваемые группой в качестве проекта, могут быть не только новые для центра, но и ранее используемые, нуждающиеся в модернизации. В настоящее время функции проектного центра лишь частично осуществляются отделом координации научных исследований и инновационных технологий.

2. Службу контроллинга предлагается развивать в двух взаимосвязанных направлениях: административном и кадровом.

Административное направление контроллинга должно основываться на понятии управленческого регламента, состоящего из таких структур как: инструкция по делопроизводству (в том числе справочников видов документов, правил их оформления, логистики, условий и сроков хранения), номенклатуры дел каждого

подразделения/сотрудника в соответствии с инструкцией по делопроизводству, порядка ведения архивного дела в соответствии с инструкцией по делопроизводству, единого доступного каталогизированного пакета нормативных документов, а также алгоритма обращения документов (описание комплекса служебных ситуаций и контингента сотрудников, составляющих определенный перечень документов). Необходимо создать систему контроля выполнения инструкции по делопроизводству, приказов, протоколов и других регламентирующих внутренних и внешних документов.

Кадровое направление контроллинга предполагает развитие мониторинга, анализа, мотивирования и стимулирования труда специалистов для увеличения производительной мощности Центра. Мониторинг кадрового направления включает сбор нормативно обоснованных показателей количественной и качественной оценки труда сотрудников. Затем в перманентном режиме проводится анализ собранной информации и на его основе принимаются управленческие решения о мотивировании, стимулировании, адаптации и наставничестве, повышении компетенций сотрудников и др.

Элементы контроллинга, используемые в работе центра в настоящее время, нуждаются в совершенствовании и в виде развитой системы смогут не только помочь канцелярскому делу и отделу управления персоналом, но и повысить качество медицинской помощи.

3. Система документооборота тесно связана с административным направлением контроллинга (перечень основных внутренних регламентирующих документов приведен выше в п.6.2). Однако в связи с современными особенностями технологического развития нужно рассматривать и средства его программной поддержки, «Электронный документооборот», что позволяет облегчить составление документов в соответствии с управленческим регламентом, повысить скорость работы административного аппарата и усилить контроль за выполнением. Предлагаемые и используемые для этого программные продукты обладают богатым разнообразием функций, но слабо адаптированы к специфике медицинских организаций, поэтому им нужна соответствующая настройка. Также, помимо программ для административной документации, необходимо контролировать и интегрировать средства компьютерной поддержки по оформлению медицинской документации, заполнение которой не только жестко регламентируется, но и периодически пересматривается на законодательном уровне. Система документооборота, существующего в настоящее время в центре, нуждается в развитии и постоянной настройке в соответствии с внешними и внутренними изменениями.

4. Корпоративный университет в центре как средство развития компетенций сотрудников был заложен ранее и успешно функционировал. Составлялись программы обучения и проводились занятия. Необходимо вернуться к этому успешному опыту и развить его как самостоятельный инструмент и в дополнении к кадровому контроллингу (по результатам мониторинга и анализа показателей количественной и качественной оценки труда сотрудников). Корпоративный университет может послужить как путь получения знаний работниками центра, так и средством обучения специалистов других медицинских организаций, что тесно связано с предложением лицензирования образовательной деятельности и сотрудничеством с кафедрами медицинского университета.

5. Лицензирование образовательной деятельности необходимо для усиления юридической основы расширения научного сотрудничества с кафедрами ВУЗов, другими медицинскими организациями и специалистами медицинского и немедицинского профилей (возможно на договорной основе в рамках предпринимательской деятельности или других взаимовыгодных условиях). Ранее образовательная лицензия была получена для проведения развивающих и обучающих занятий с детьми групп дневного пребывания.

6. Служба инновационного маркетинга предполагает изучение спроса на медицинские услуги (которые предлагается модернизировать или внедрить), составление «портрета потенциального пациента», определение величины рынка в Свердловской области, РФ, ближнем зарубежье; анализ предложений возможных конкурентов в развиваемом профиле медицинской деятельности; расчет стоимости каждого этапа (составления, реализации и последующей модернизации) развиваемой технологии; расчет цены на внедряемую или оптимизируемую медицинскую услугу, сравнение с ценами у конкурентов, оценка возможности удержания рассчитанной цены и составление заключения о рентабельности внедряемой или модернизируемой медицинской технологии. Так же предлагается анализ уже используемых медицинских технологий с целью принятия решения о поддержке или отказе от них, как нерентабельных. Применяемые в настоящее время в Центре элементы инновационного маркетинга предлагается усовершенствовать и развить в целостную комплексную систему.

Таким образом, используя все описанные выше инструменты в рамках каждого из выделенных направлений, можно существенно улучшить качество оказываемой медицинской помощи, упорядочить и облегчить условия работы сотрудников центра.

Необходимо сказать, что целью разработчиков стратегии не стал поиск революционно нового пути, а напротив при помощи бережного реинжиниринга организационно-

управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента с учетом традиций последовательности и преемственности предложить способы развития многопрофильного медицинского центра на основе имеющихся технологий.

Результаты

- проведен литературно-аналитический обзор и анализ понятий, относящихся к стратегическому планированию, а также аналогов и нормативных документов, используемых при составлении стратегий развития;
- рассмотрен практический опыт разработки стратегии на примере медицинского клинического многопрофильного центра;
- развит цикл реализации стратегии развития;
- предложены инструменты для реинжиниринга организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки менеджмента.

Вывод

Полученный материал может служить предпосылкой для количественных оценок предложенного подхода к созданию стратегии развития государственного медицинского учреждения в современных условиях.

Список литературы

1. Максимов Д.В. Экстенсивный и интенсивный пути развития туристско-рекреационного комплекса / Д.В. Максимов, А.Н. Пелина, Е.В. Куделя [и др.] // Курортно-рекреационный комплекс в системе регионального развития: инновационные подходы. – 2015. № 1. – С. 352-356.
2. Джафарова Р.Т. Факторы и показатели интенсификации строительного производства. Международный научный журнал. – 2014. № 1. – С. 31-33.
3. Дахдуева К.Д. Проблемы и особенности разграничения экстенсивного и интенсивного путей развития производственного предприятия. Транспортное дело России. – 2011. № 3. – С. 101-102.
4. Горелик С. Миссия – основополагающий регламент компании. «Бизнес Инжиниринг Групп». – [Электронный ресурс] – М. 2007. URL: http://businessengineeringgroup.com/publications/bigspb/metodology/mission_company_reglament.php.
5. Современная энциклопедия. 2000. / [Словари и энциклопедии на Академике]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc1p/23990>
6. Письмо Минздрава РФ от 17.04.2000 N 2510/4196-32 "О профилактике внутрибольничных инфекций" (вместе с "Концепцией "Профилактика внутрибольничных инфекций") URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=7864;dst=0;ts=D4D486DA8EE72A76DFF78F24B30ED293;rnd=0.27663642646576403>

7. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. / [Федеральный портал Protown.ru]. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>
8. Словарь терминов антикризисного управления. 2000. / [Словари и энциклопедии на Академике]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/anticris/73494>
9. "Ресурсосбережение. термины и определения. ГОСТ Р 52104-2003" (утв. Постановлением Госстандарта РФ от 03.07.2003 N 235-ст) / [Словари и энциклопедии на Академике]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/anticris/73494><https://official.academic.ru/25149>
10. Федеральный закон от 28.06.2014 N 172-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О стратегическом планировании в Российской Федерации»
11. «Методические рекомендации по подготовке стратегий развития отраслей экономики»;
12. «Методические рекомендации по разработке и корректировке стратегии социально-экономического развития субъекта Российской Федерации и плана мероприятий по ее реализации»
13. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»
14. Указ Президента РФ от 01.12.2016 N 642 «Стратегия научно-технологического развития Российской Федерации»
15. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»
16. Закон Свердловской области от 21 декабря 2015 года № 151-ОЗ «О стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016 - 2030 годы»
17. Распоряжение Правительство Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2580-р «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г.»
18. Указ Президента РФ №204 от 7 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»
19. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 01.03.2018 г.
20. «Прогноз научно-технологического развития Российской Федерации на период до 2030 года» (утвержден Правительством РФ)
21. «Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»
22. «Проект указа Президента Российской Федерации «О стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года»
23. Гузель Э.У. Заключение на проект «Стратегии развития здравоохранения РФ на период до 2025 г.», подготовленный Минздравом России. / [Официальный сайт ООО «Высшей школы

- организации и управления здравоохранением»]. URL: <https://www.vshouz.ru/news/ekspertnoe-zaklyuchenie-na-proekt-strategii-razvitiya-zdraookhraneniya-rf-na-period-do-2025g/>
24. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 (ред. от 01.03.2018) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"
25. Постановление Правительства Свердловской области от 14 марта 2017 г. N 144-ПП Государственная программа Свердловской области "Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года"
26. Абуова Х.Ж. Применение системы сбалансированных показателей в управлении медицинской организацией / Х.Ж. Абуова, К.А. Ергалиев // Методические рекомендации. – Астана, – 2014. – 29 с.
27. Dash P. Система здравоохранения: стратегии развития / P. Dash, C. Llewellyn, B. Richardson // The McKinsey Quarterly, июль 2009 г. N 25 (2012). URL: <http://www.vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/sistema-zdraookhraneniya-strategii-razvitiya>
28. Лактионова Л.В. Современные стратегии развития многопрофильного медицинского учреждения федерального уровня // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=11214>

Дугина Елена Александровна – д.м.н., главный врач ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СДВГ

Абшилава Э.Ф.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия

В статье представлена схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с СДВГ: первый уровень - метаболический - предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень - нейропсихологический - включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень - синдромальный - включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома, четвертый уровень - поведенческий и пятый уровень - личностный - подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность, младший школьный возраст, сопровождение.

Psychological and pedagogical support of primary school children with ADHD

Abshilava E. F.

*State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM»*

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

Актуальность исследования

В настоящее время синдром дефицита внимания является достаточно распространенным заболеванием с высокой степенью социальной дезадаптации, возникающей на его фоне. Ведущими клиническими проявлениями данной патологии являются невнимательность, гиперактивность и импульсивность [1]. Этиология,

диагностика и лечение синдрома дефицита внимания были и являются предметом активных дебатов. По многим причинам синдром дефицита внимания остаётся одним из самых противоречивых психических расстройств, несмотря на то, что он является реальным медицинским диагнозом. Проблема социальной незрелости, недостаточной сформированности позиции ученика у учащихся начальной школы, проявляющаяся прежде всего в нарушении саморегуляции поведения и произвольного внимания, последние годы занимает ведущее место среди причин школьной неуспешности в начальной школе [2]. В свою очередь, проблемы регуляции произвольной деятельности (в том числе учебы и поведения) в этом возрасте, по данным медиков, преимущественно опосредованы различными вариантами функциональной незрелости ЦНС [3].

Синдром дефицита внимания необходимо выявлять на его ранней в стадии в младшем школьном возрасте. Наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза синдром дефицита внимания. Вопрос об объективности диагностики и достаточных основаниях для назначения медикаментозного лечения остается дискуссионным, в силу отсутствия единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания [4]. Многие родители отказываются от фармакологической помощи для детей с синдромом дефицита внимания, а альтернативная психолого-педагогическая помощь развита не в полной мере. Лекарства оказывают также негативное влияние на весь организм, имея ряд побочных действий на весь организм человека. По некоторым данным, распространенность синдрома среди младших школьников составляет порядка 10–15%, у мальчиков он встречался в 2,8–3 раза чаще, чем у девочек [5]. Проблема изучения синдрома дефицита внимания заключается в том, что нет разработанной психолого-педагогической базы для помощи детям, не существует программ развития и коррекции, помогающие детям младшего школьного возраста с синдромом улучшить свою успеваемость, путём тренировки познавательной сферы [6].

Материалы и методы

1. Организационные методы – анализ и изучение научной литературы по проблеме исследования.
2. Эмпирические методы: методика «Тест Тулуз-Пьерона»; методика «Прогрессивные матрицы Дж. Равена»; методика «Зрительно-моторный гештальт-тест» Л.Бендер; методика «Исследования мотивации учения у первоклассников».
3. Методы математической статистики [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты по всем шкалам были проверены на нормальность распределения с помощью программы Statistica 6.1. Распределение результатов не является нормальным, поэтому мы использовали критерий Спирмена и получили результаты: линейное визуальное мышление связано с точностью переработки информации на уровне значимости $p < 0,05$, получена достоверная корреляционная связь $0,309250$. Также была выявлена корреляционная связь между точностью переработки информации и структурном визуальном мышлении $0,237630$ на уровне значимости $p < 0,05$. Исходя из результатов данного исследования, актуальной необходимостью является развитие когнитивно-познавательной сферы с помощью специализированной программы для первоклассников.

Анализ данных констатирующего эксперимента показал, что среди первоклассников обнаружены дети с симптомами синдрома дефицита внимания. Полученные данные по методике «Тест Тулуз - Пьерона» (скорость и точность переработки информации) свидетельствуют о том, что у большинства первоклассников нормальный уровень развития. Но также у многих детей уровень развития скорости и переработки информации находится в зоне патологии, а именно является показателем возможной минимальной мозговой дисфункции. Также были выявлены уровни: близкий к норме, требующий речевого контроля и медлительный. В результате исследования мыслительных операций по методике «Прогрессивные матрицы Дж. Равена», у большинства испытуемых выявлен хороший уровень развития линейного визуального мышления. Много первоклассников имеют уровень патологии. Мы диагностировали также слабый, средний и хороший уровни развития линейного визуального мышления. Исследуя структурное визуальное мышление, у большинства первоклассников - хороший уровень развития. В меньшей степени у первоклассников был выявлен высокий уровень и уровень патологии. Мы выявили слабый, средний и высокий уровни развития структурного визуального мышления. По методике изучающей зрительно – моторную координацию «гештальт – тест Бендер» средний уровень развития был диагностирован у большинства первоклассников. Много детей имеют слабо развитую зрительно-моторную координацию. Также были выявлены первоклассники с нарушением зрительно – моторной координации и хорошим уровнем. Высокий уровень развития не продемонстрировал ни один ребенок. Полученные результаты по методике исследования мотивации учения свидетельствуют о том, что у большей части испытуемых доминирующий мотив к обучению является учебный, это норма. Мы диагностировали также социальный, позиционный, игровой мотивы и мотив

отметки, который свидетельствует о не готовности ребенка к обучению в школе. Проведя первичную диагностику, мы выявили детей с самыми низкими показателями, а именно тех, у кого диагностировались симптомы синдрома дефицита внимания. Эти первоклассники составили группу, которая посещала программу психологического сопровождения [8]. На основании проведенного исследования и выявленных особенностей первоклассников с синдромом дефицита внимания, мы разработали и провели программу психологического сопровождения. Цель нашей программы психологического сопровождения: развитие когнитивной сферы и регулировка поведения первоклассников с синдромом дефицита внимания.

Целевая группа – учащиеся первых классов в возрасте от 6,5 лет до 8 лет в количестве 31 человек. Схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с СДВГ представлена несколькими уровнями: первый уровень - метаболический - предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень - нейропсихологический - включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень - синдромальный - включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома, четвертый уровень - поведенческий и пятый уровень - личностный - подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками [9]. После проведения программы психологического сопровождения у первоклассников с синдромом дефицита внимания была проведена вторичная диагностика, целью которой было выявление динамики развития когнитивно – познавательной сферы у первоклассников и оценка эффективности данной программы. Для повторной диагностики испытуемых использовались методики, которые применялись на этапе констатирующего эксперимента.

Для достоверности значимости результатов был применен критерий Спирмена для выявления связи линейного визуального мышления, структурного визуального мышления со вниманием (скоростью и точностью переработки информации) у первоклассников. Связь была установлена, и мы получили результаты: линейное визуальное мышление связано с точностью переработки информации. Также была выявлена связь между точностью переработки информации и структурным визуальным мышлением. После проведения программы психологического сопровождения первоклассников с синдромом

дефицита внимания была проведена вторичная диагностика, целью которой было выявление динамики развития когнитивной сферы у первоклассников. После прохождения программы психологического сопровождения у первоклассников увеличился уровень нормы в развитии точности и скорости переработки информации. Уровень близкий к норме, остался без изменений. Уменьшилось количество испытуемых, имеющих медлительный уровень и уровень ММД. Анализируя сравнительные результаты по методике «Прогрессивные матрицы Дж.Равена», мы выявили что после прохождения программы психологического развития ни у кого из первоклассников не был выявлен слабый уровень и уровень патологии. Соответственно, увеличилось количество первоклассников имеющих средний, хороший и высокий уровень развития. Это свидетельствует о развитии линейного визуального мышления и о том, что у всех детей показатели увеличились и находятся в пределах возрастной нормы. Также ни у кого из первоклассников не был выявлен уровень патологии в развитии структурного визуального мышления. Уменьшилось количество детей имеющих слабый уровень. Выросло количество первоклассников имеющих средний и высокий уровень развития структурного визуального мышления. Возможно, в связи с этим не значительно уменьшился хороший уровень развития. Таким образом, в ходе проведенного исследования подтвердилась гипотеза, что после прохождения программы психологического сопровождения у первоклассников с синдромом дефицита внимания, произошли положительные качественные изменения в познавательной сфере, а именно изменение зрительно-моторной координации, памяти, мышления, свойств внимания и произвольности процессов. В связи с этим, в ходе работы была достигнута поставленная цель и выполнены все поставленные задачи. Полученные данные вносят вклад в изучение понятия синдрома дефицита внимания у первоклассников, расширяют представления о возможностях помощи детям, имеющим его и их родителям.

Дети с синдромом дефицита внимания нуждаются в особом обращении и психологическом комфорте, предоставляющим окружающими. Ниже мы приводим **рекомендации** родителям и специалистам по работе с детьми, имеющими синдром дефицита внимания.

1. Синдром дефицита внимания не болезнь, не стоит паниковать, если его обнаружили у вашего ребенка. Стоит задуматься об изменении собственного поведения: не ругать ребёнка и не впадать из крайности в крайность.

2. У детей с синдромом дефицита внимания часто диагностируется и гиперактивность. У таких детей очень высокий порог чувствительности к отрицательным стимулам, поэтому стоит отказаться от физических наказаний, а лучше использовать похвалу и поощрение.

3. Постарайтесь выделить для ребенка комнату или ее часть для занятий и свободного времяпрепровождения. Не стоит использовать в оформлении комнаты ярких цветов. На столе и в ближайшем окружении ребенка не должно быть отвлекающих предметов. Ребенок с синдромом дефицита внимания сам не в состоянии сделать так, чтобы ничто постороннее его не отвлекало.

4. Составьте с ребенком распорядок дня и все времяпрепровождения должно соответствовать этому распорядку. Организация всей жизни должна действовать на ребенка успокаивающе. Определите для ребенка круг обязанностей, а их исполнение держите под постоянным наблюдением и контролем, но не слишком жестко. Чаще отмечайте и хвалите его усилия, даже если результаты далеки от совершенства.

5. Следите за тем, чтобы ребенок соблюдал режим дня и спал не менее 10 часов. Так же ребенку необходим и дневной отдых, возможно сон.

6. Пусть ребенок выберет для себя интересный спорт и посвятит ему свое свободное время. Необходимо выбрать наименее опасный вид спорта.

7. Желательно работать с ребенком в первой половине дня, особенно исключая различные виды активности перед ночным сном.

8. Необходимо строить взаимоотношения с ребенком на взаимопонимании. Не следует разрешать делать ребенку все, что он захочет, но стоит набраться терпения, чтобы объяснить ребенку что можно, а что нет.

9. Для того, чтобы ребенок научился вас слышать и понимать все с первого раза, давайте ему короткие и очень четкие инструкции.

10. Не избегайте физического контакта, особенно во время выполнения задания требующего концентрации внимания (обнимайте и хвалите ребенка).

11. Не заставляйте ребенка выполнить все задание сразу, устраивайте ему физкульт - минутки. Ребенку необходима частая смена деятельности.

12. Занимайтесь с ребенком творчески: рисование, конструирование, лепка. Это поможет развивать ребенку мелкую моторику и вообще зрительно-моторную координацию.

13. Эмоционально поддерживайте детей во всех попытках конструктивного, положительного поведения, но сдерживайте эмоции, если вы огорчены и недовольны поведением своего ребенка.

14. Необходимо уберечь ребенка от возможных конфликтов между взрослыми: даже если назревает какая-то ссора, ребенок не должен видеть ее, а тем более быть её участником.

15. Нельзя перегружать внимание ребенка, то есть на определенный отрезок времени поручайте только одно дело, чтобы он мог его завершить. Перед этим обсудите задание, которое должен выполнить ребенок.

16. Если ребенку необходимо ваше присутствие во время выполнения какого-либо задания, обеспечьте это ребенку. Ему не столько нужна ваша помощь, сколько поддержка.

17. Главное это терпение и любовь, которой вы окружите вашего ребенка. Помните об этом и тогда успехи в работе с вашим ребенком будут наиболее очевидными.

Список литературы

1. Рассел, А. Ваш непослушный ребенок / А.Рассел, К. Бентон - СПб.: Питер, 2010. – 380 с.
2. Мэщ, Э. Детская патопсихология / Э. Мэщ, Д. Вольф. – М.: Прайм-Еврознак, 2010. – 560 с.
3. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания // Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». - М.: Школа-Пресс, - 2010. - №5. - С. 10 – 25.
4. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики. – М.: Академия, - 2010. – 272 с.
5. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Союз, 2010. – 255 с.
6. Шевченко С.С. Помощь гиперактивным детям // Журнал «Здоровье детей» - 2010. - № 2. - С. 12 - 15.
7. Ясюкова, Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация ММД / Л.А.Ясюкова. - СПб.: Речь, 2010. - 183 с.
8. Абшилава Э. Ф. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей// Педагогическое образование в России. 2016 № 4.С.15-21.
9. Naboychenko E.S., Abshilava E.F. The results of approbation test aimed at the diagnosis of ADHD and hyperactivity in primary school children //The collection includes the 3rd International Conference «Research, Innovation and Education» by SCIEURO in London, 25-30 January 2016. С.180.

Абшилава Екатерина Феликсовна - аспирант, врач ультразвуковой диагностики ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Хохрякова 73, тел: (343)240-42-68 , e-mail: eka_k_f@mail.ru

РОЛЬ ФИЛОСОФИИ В СТАНОВЛЕНИИ ЛИЧНОСТИ (ИЗ НАСЛЕДИЯ Э.В. ИЛЬЕНКОВА)

Власова Е.В.

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

В статье рассматриваются результаты эксперимента полувековой давности по социализации слепоглухонемых и слепоглухих детей в школе-интернате г. Загорска. Намечены пути оптимизации преподавания в высшей школе с учетом этого педагогического опыта.

Ключевые слова: особые люди, становление личности, деятельность, активность, диалектическое мышление.

The role of philosophy in personality formation (from the heritage of Ilienkov)

Vlasova E.V.

Ural state medical university, Ekaterinburg

The article analyzes the results of fifty-years old experiment of socialization of deaf-blinded children at Zagorsk boarding school. The ways of optimization of teaching in the Highest school are scheduled considering this pedagogical experience.

Keywords: special people, personality formation, human activity, dialectical way of thinking.

Можно ли приобщить к человеческой жизни ребенка лишнего и зрения и слуха сразу? Можно ли сформировать у него полноценную человеческую психику? А если можно, то как? Где граница между психикой животного и психикой человека? Как воспитать человека, способного мыслить диалектически, творчески?

Ответ на эти и многие другие вопросы, связанные с развитием психики и воспитанием личности, дал социально-педагогический эксперимент полувековой давности, осуществленный Иваном Афанасьевичем Соколянским и Александром Ивановичем Мещеряковым в школе-интернате для слепоглухонемых детей в городе Загорске (сейчас Сергиев Посад). Этот эксперимент был продолжен их учениками: Сергеем Сироткиным,

Наташей Корнеевой, Александром Суворовым, Юрием Лернером. Будучи слепоглухими, они закончили МГУ, защитили диссертации, стали вполне адаптированными к жизни в обществе, социально полезными людьми.

Эвальд Васильевич Ильенков, один из самых глубоких философов советского периода, был свидетелем этого эксперимента и пытался осмыслить его в своих трудах. Он видел, что слепоглухота начисто блокирует обычные каналы связи мозга с миром человеческой культуры. Слепоглухой и слепоглухонемой человек, с которым не занимаются, напоминает человекообразное растение, начисто лишённое психики [1], независимо от того, сколько ему лет. А.И. Мещеряков, например, отмечал, что некоторые слепоглухие «были абсолютно не способны к самостоятельному существованию..., скорее были придатками к организму матери. Они не умели себя обслуживать, даже пользоваться горшком. Но при систематических занятиях они быстро овладевают навыками самообслуживания и ориентировки» [2].

События последующих пятидесяти лет показали, что когда дети без каких-либо дефектов в развитии органов чувств, оказываются изолированными от человеческого общения и культуры, от общества, у них также не формируется человеческая психика и поведение. Таких детей стали называть «феральные (дикие) люди». Они вели себя соответственно тому виду животного, которое их воспитывало: по-кошачьи, по-собачьи, по-волчьи.

Но ужаснее всего история Джинни Уайли (1970 г.), которую собственный отец не выпускал 12 лет из комнаты, привязывал к стульчику, надевал смирительную рубашку и помещал в металлический вольер. Общался с ней, имитируя лай и рычание. Когда ее поместили в детскую больницу, она не могла полностью выпрямить руки и ноги, не умела бегать, не была приучена к туалету и т.д.

В процессе эксперимента Мещерякова-Соколянского выяснилось, что потребность в пище врождённая, а потребность искать пищу - нет. Поэтому первым этапом формирования психики слепоглухих детей было освоение навыка самостоятельного обнаружения пищи и преодоления препятствий при приближении к ней.

Исходя из того, что человек «очеловечивается» лишь преобразуя мир и включаясь в деятельность, экспериментаторы учили своих подопечных элементарным навыкам самообслуживания: умению пользоваться соской, горшком, ложкой, одеялом, навыкам умывания и застегивания пуговиц, одевания и раздевания. Э.В. Ильенков писал об этом так: «Осваиваясь в мире этих вещей, ребенок осваивает и опредмеченный в них общественно-человеческий разум с его логикой, т.е. превращается в разумное существо.

Ибо разум («дух») не в генах, не в морфологии тела и мозга, а в продуктах его труда...» [1].

«Овладевая общечеловеческой мудростью, сконцентрированной в предметах быта, обучаясь правильно пользоваться сотнями этих предметов, слепоглухонемой ребенок вместе с формированием человеческого поведения формирует человеческую психику» [2].

Поэтому ключевым понятием педагогики И. Соколянского - А. Мещерякова стало понятие «совместно-разделенной деятельности», т.е. деятельности, осуществляемой совместно с воспитателем и, естественно, разделенной между ними, таким образом, чтобы ребенок постепенно перенимал все те специфически человеческие способы деятельности, которые предметно зафиксированы в формах вещей, созданных человеком для человека... Только активно осваивая их, ребенок превращается в разумное существо... [2].

Таким образом, зарождается совместное действие взрослого и ребенка: взрослый его начинает, ребенок продолжает. И это важнейший этап первоначального обучения слепоглухонемого ребенка, целью которого является пробуждение его активности.

Впоследствии обучаемые включались в самые разнообразные виды деятельности: по уходу за животными, освоение ремесел и т.д.

Первым специальным средством общения между ребенком и взрослым стали жесты, обозначающие предметы и действия. Они давали понимание того, что все предметы имеют названия. Жесты связаны с образами предметов, но они и отличаются от предметов также как означающее и означаемое. После этого с помощью дактильной методики формируется языковая форма общения, ребенок осваивает алфавит, а затем и брайлевский шрифт.

Вторая сигнальная система (язык) слепоглухонемым детям давалась с трудом. Педагогам чрезвычайно трудно было сформировать у детей понимание условной связи между вещью и знаком, ее обозначающим. Опыт показал, что нужно приблизительно восемь тысяч настойчивых предъявлений для того, чтобы такая условная связь завязалась в сознании обучаемого.

Таким образом, экспериментально было подтверждено, что в составе высших психических функций человека нет ничего врожденного, генетически унаследованного. Психика человека формируется при жизни, в процессе социализации. Духовное (идеальное) передается от поколения к поколению исключительно искусственным образом, при помощи культурных методов.

К сожалению, мечта Ильенкова о всестороннем развитии каждой личности и о развитии слепоглухонемых детей не сбылась. Как отмечает А.В. Суворов, сейчас в Загорском доме и без того медленное развитие слепоглухих детей уже на старте нередко совсем прекращается. Поскольку преподаватели заведения делают установки на минимальное развитие детей с помощью одностороннего развития определенной способности.

Да это и не удивительно: за 50 лет изменилось общество. Изменилась и система образования. В связи с этим интересно вспомнить, что Э.В. Ильенков писал о системе воспитания при капитализме: «Система воспитания, созданная этой цивилизацией, приспособлена к тому, чтобы формировать из большинства детей армию наемного труда, создавать такой тип психики, для которого доступна лишь чисто репродуктивная работа, исполнение извне навязанных действий, «схемы и алгоритмы» которых разработаны «талантливым» меньшинством. Работа, вознаграждаемая за ее принудительный и нетворческий характер подачками-поощрениями, на манер тех кусочков сахара, которые дают в цирке медведю, катающемуся на велосипеде. Когда же таких подачек-подкреплений оказывается недостаточно, в дело вступают «отрицательные подкрепления» - наказания... Посулы поощрений и угрозы наказаний – кнут и пряник – вот те единственные способы «педагогического воздействия», с помощью которых буржуазная цивилизация стремится получить от своих работников соответствующее ее идеалам и стандартам поведение» [1]. Как говорится, «комментарии излишни».

Но, тем не менее, идеи гуманистической психологии А. Маслоу, К. Роджерса и В. Франкла об индивидуальном подходе к каждому, остаются актуальны. Сегодня, когда мы размышляем об особых подходах к «особым» людям, мы должны осознать, что «неособых» людей просто нет. Мы все – особые! Один медлителен. Другой гиперактивен. Один чрезмерно говорлив. Другой слишком молчалив. У каждого человека есть, как правило, свои особенности и акцентуации. Что мы, педагоги, можем сделать, чтобы максимально эффективно обучать студентов? Как воспитать творческую личность, стремящуюся к саморазвитию, в изменившихся социальных условиях?

Опираясь на философско-психолого-педагогическое наследие Э.В. Ильенкова, можно сделать несколько выводов, принципиально важных сегодня.

«Воспитание догматика заключается в том, что ему предлагают для зазубривания горы готовых истин - формул, законов, правил и алгоритмов - и одновременно приучают смотреть на окружающий мир как на огромный резервуар примеров, эти истины подтверждающих» - писал Э.В. Ильенков [1]. Но стоит такому человеку столкнуться с чем-то, что противоречит усвоенным им знаниям, - он теряется.

Наука не состоит в повторении готовых истин, а обучение не должно быть «загрузкой информации». «Наука всегда начинается с вопроса, обращённого к природе или людям» [1]. Поэтому и обучение должно начинаться с постановки проблемной ситуации, которую нельзя решить известными способами. Это мобилизует человека к сопоставлению различных позиций и точек зрения, к выявлению и отбрасыванию заблуждений и поиску истины. Это и есть путь формирования диалектического мышления, путь освоения субъективной диалектики, которая подводит к рождению новых истин, к творческому осмыслению мира.

Мы должны разъяснять студентам, почему репродуктивный ответ ценится гораздо менее, чем творческий ответ, и чем простое воспроизведение информации отличается от способности мыслить аналитически и эвристически.

Заключение

Осмысляя работы Э.В. Ильенкова, методы и результаты его работы со слепоглухими детьми, мы приходим к выводу, что процесс познания обязательно должен быть сопряжен с деятельностью, с активностью. Если речь идет об естествознании, то это участие в экспериментах. Если это освоение медицинских знаний, то важно умение их применять практически (или получение их в процессе практики). А как быть с философией? В каждую деятельность можно включить студента, изучающего философию? Если обучающийся не видит связи абстрактных философских идей с окружающей его жизнью, с историей, со своими собственными проблемами, то в таком случае философия останется чуждым для него знанием, не имеющим практического применения. Поэтому мы должны включить студентов в деятельность по осмыслению мира, по формированию мировоззрения, которое поможет человеку правильно ориентироваться в мире мультикультурных веяний и плюралистических установок.

Список литературы

1. Ильенков Э.В. Философия и культура. М.: Политиздат, 1991. 464 с. (Мыслители XX века).
2. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. М.: Педагогика, 1974. 328с..

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

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ГРУППОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Гусманов М.Ж.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт психологии, Екатеринбург*

Выбор профессии для старшеклассника является одним из значимых компонентов становления его профессионального пути. Большинство современной молодежи выбирают профессию для достижения определенного социального статуса и выбора места на рынке труда. Но многие из них не представляют специфику и профессиональных требований, необходимых личностных профессионально-важных качеств в той или иной профессии. В связи с этим, возникает необходимость разработки дополнительных психологических программ для понимания своего профессионального определения и развития личностных качеств, раскрывая свой ресурсный потенциал через технологии группового консультирования.

Ключевые слова: профессиональное самоопределение, старшеклассники, психологическое групповое консультирование.

Professional self-determination of senior pupils by means of psychological group consultation

Gusmanov M.ZH.

*Ural State Pedagogical University
Institute of Psychology, Ekaterinburg*

The choice of profession for a high school student is one of the important components of his professional career. Most of today's young people choose a profession to achieve a certain social status and choose a place in the labor market. But many of them do not represent the specifics and professional requirements necessary personal professional qualities in a particular profession. In this regard, there is a need to develop additional psychological programs for effective understanding of their professional definition and development of personal qualities, revealing their resource potential through the technology of group counseling.

Keywords: professional self-determination, high school students, psychological group counseling.

Психолого-педагогические особенности профессионального самоопределения старшеклассников начали рассматривать в XX веке. Несмотря на то, что на сегодняшний день разработано многочисленное количество теоретических и практических вопросов по

данной проблематике, большинство аспектов остаются недостаточно изученными. В виду с изменяющейся социальной обстановкой в обществе, появляются новейшие, смежные профессии, и как следствие, возникают новые вопросы, трудности в их трактовке и функциональных обязательств. Это может привести старшеклассника к неопределенности в выборе профессии. В соответствии с этим появляется необходимость разработки психологических групповых программ, нацеленных на формирование и развитие профориентации старшеклассников.

Исследования профессионального определения и выбора профессии представлены в трудах К.М. Гуревич, Е.А. Климова, В.Д. Шадрикова и др.

Вопросы профессионального самоопределения подвергались анализу с различных точек зрения. Так, Е.И. Головаха оценивала взаимосвязь между жизненной перспективой и профессиональным самоопределением [1]. В работах А.В. Мордовской отражены этнопедагогические нюансы формирования жизненного, актуального и профессионального самоопределения старшеклассников [2].

Профессиональное самоопределение рассматривали также с точки зрения теорий личности. Особое внимание уделялось целостности, индивидуальности, структурированности (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, Э.Эриксон и др.).

Наибольшее распространение к проблеме психологических основ профессионального выбора и развития личности получили теории с позиции черт и факторов, а также теории развития.

Теория черт и факторов в профессиональном выборе была разработана Ф. Парсонсом и в основе лежала дифференциальная психология с ее психометрическими дефинициями и методами. Можно отметить главные тезисы:

1. Каждый человек индивидуален по профессионально-важным качествам.
2. Профессиональное благополучие и удовлетворенность профессией обоснованы степенью соответствия индивидуальных психических свойств и притязаний профессии.
3. Профессиональный выбор основывается на ответственности, сознательности человека [3].

Проведенный анализ литературы показал, что методологические основания представленного направления видоизменялись. Но, подметим, ключевым постулатом являлись трудности в профессиональном выборе, которые решались «встречей» личной структуры и структуры профессиональных притязаний, а задача профессиональной психологической консультации – на основе тестирования осуществления прогнозирования того, какая специальность принесёт для определенного индивидуума удовлетворенность.

Как упоминалось выше, среди характеристик профессионального выбора Ф. Парсонс выделяет осознанность (сознательность), которую он осознает как совокупность между возможностями, интересами и ценностями индивида, а также вероятностью их реализации во всевозможных профессиях. Разработаны и систематизированы классификации профессий.

Все это направлено только при первом выборе профессии и не рассчитано на то, когда у человека появляется возможность неоднократно менять профессию.

Подход с позиции теории развития начал разрабатываться в 50-е годы. Базу его оформляют положения теории черт и факторов, Я – концепции, а еще обобщение взгляда наук о человеке на проблему развития, в том числе профессионального. Д. Сьюпер в рамках собственной теории развития считает, что выбор профессии – это длительный процесс, а также событие, включенное в цепь мероприятий профессиональной биографии человека. Профессиональный путь может быть поделен на пять стадий: рост, поиск, упрочение, стабилизация, спад. С его точки зрения, человек обязан избирать профессию с учетом:

1. Своего образа «Я». Именно образ «Я» регулирует процессы интеграции, дифференциации и организации профессиональной карьеры. В образе «Я» включается собственно образ человека, способ мыслей о самом себе.
2. Интеллекта: структура общих способностей и способностей к обучению и научению.
3. Специальных способностей: уровня развития общих и специальных способностей и их структуры.
4. Интересов: тенденций поведения, проявляющихся в желании, поиске и выполнении человеком определенных видов деятельности.
5. Ценностей личности: того, чего люди ожидают и что ищут для себя в трудовой деятельности.
6. Отношения к труду, работе и профессии. Отношение к труду считается производным от системы ценностей. Оно складывается в процессе становления карьеры, определяет эффективность и производительность работы.
7. Потребностей, которые определяют мотивы выбора профессии. Потребности могут удовлетворяться разными способами, вследствие этого они наименее значимы при выборе, чем способности и интересы. Они определяют способ деятельности, а не её содержание.
8. Черта личности – совокупность общих моделей поведения, оказывающих влияние на форму трудового поведения человека;

9. Профессиональной зрелости. Уровень профессиональной зрелости определяется тем, насколько человек, выбирающий профессию, учитывает особенности своей ситуации выбора [4].

Исходя из стадий, предложенные Д. Сьюпером, профессиональное самоопределение можно представить в виде «трех китов»: «Хочу» (деятельность по душе, приносящая удовольствие), «Могу» (качества, способности личности, ресурсный потенциал), «Надо» (спрос профессии на рынке труда).

Профессиональное самоопределение, на наш взгляд, является сложным процессом, охватывающим значительный период жизни. Мы считаем, что рациональным и эффективным методом формирования профессионального определения у старшеклассников является психологическое групповое консультирование. Групповое консультирование помогает учащимся изменить свое мировоззрение и носит обучающий характер. Любой участник группового консультирования может увидеть свой стиль общения, деятельности, а также может получать конструктивную обратную связь и поддержку от других участников и тренера.

На основании вышеизложенного материала, мы рекомендуем программу, целью которой считается определение собственного образа «Я», приобретение знаний, умений и отработка навыков, важных для профессионального самоопределения. Предлагаемая программа нацелена на мотивационно-ценностную сферу старшеклассников, их стремления к приобретению информационного материала, планирования.

Занятия по программе ведутся в форме группового консультирования. Возраст участников составляет от 15 до 18 лет. Группа закрытая. Численность в группе – 10 человек. Программа рассчитана на 10 занятий длительностью 3 часа по 2 раза в неделю.

В программу группового консультирования заложены такие технологии как арт-терапия (рисуночные техники), проектная деятельность, групповая дискуссия, метод «мозгового штурма», ситуационные, ролевые и деловые игры, дебрифинг, ведение дневника.

Оценка эффективности программы включает в себя сравнение результатов методики «Профессиональная готовность» и проводится опрос перед первым занятием и по завершению тренинга. Полученная разница баллов свидетельствует о происшедших изменениях.

В заключении хотелось бы отметить, что данная программа апробировалась на протяжении семи лет в образовательной школе № 15 г. Астаны. Она показала свою эффективность в развитии самостоятельности и осознанности выбора профессии у старшеклассников.

В ходе работы с представленной возрастной категорией было выявлено два доминирующих фактора:

- во-первых, для старшеклассников важным необходимым считается желание самоутвердиться в жизни, что собственно выражается в быстром получении моральной или материальной независимости от родителей;
- во-вторых, современные старшеклассники более мобильны, и более подвержены поиску «ниши» в рыночной экономике, где имеют шансы реализовать свои мечты в профессиональной подготовке.

Главное содержание программы – осмыслить особенности, цели в жизни и на основе этого осознания сделать выбор профессии. Вследствие этого больше внимания уделяется вопросу выбора профессии с психологической точки зрения.

Список литературы

1. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности. // Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2009. – 464 с.
2. Мордовская А.В. Основы профориентологии: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 237 с.
3. Гудкова Е.В. Основы профориентации и профессионального консультирования: Учебное пособие/ Под ред. Е.Л. Солдатовой. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004. – 125 с.
4. Super D.E. et al. Vocational Development: A Framework of Research. – New York, 1957

Гусманов Марат Жагпарович, магистрант, ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет», Институт психологии, Екатеринбург, 620017 г. Екатеринбург, ул. Космонавтов, 26, тел. +77014069996, e-mail gusmarat@mail.ru.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПО АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ К СОЦИУМУ

Носкова М.В., Попова К.А.

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

Ежегодно увеличивается количество число детей-сирот, находящихся в трудной жизненной ситуации. Жизненное становление детей-сирот, находящихся в специализированных учреждениях, их социализация, подготовка к самостоятельной жизни и деятельности, успешная их интеграция в общество в современных условиях протекают тяжело. В статье раскрываются основные аспекты и функции социально-психологического сопровождения по адаптации детей-сирот к социуму. Дается обоснование дифференцированного подхода применительно к социально-психологическому сопровождению детей, представлены психолого-педагогические методы работы с детьми-сиротами.

Ключевые слова: сопровождение, социально-психологическое сопровождение, адаптация, дети-сироты, социум.

Social and psychological maintenance on adaptation of orphan children to society

Noskova M. V., Popova K.A.

Ural state medical university, Ekaterinburg

Annually the quantity number of the orphan children who are in a difficult life situation increases. Vital formation of the orphan children who are in specialized institutions their socialization, preparation for independent life and activity, their successful integration into society in modern conditions proceed hard. In article the main aspects and functions of social and psychological support of adaptation of orphan children to society reveal. Justification of the differentiated approach in relation to social psychologically escort of children is given, psychology and pedagogical methods of work with orphan children are presented.

Keywords: maintenance, social and psychological maintenance, adaptation, orphan children, society.

Детство – время, когда происходит формирование личностных качеств ребенка. Они обеспечивают психологическую устойчивость, нравственные, эстетические потребности, жизнестойкость, целеустремленность и др. Эти качества личности не развиваются

самопроизвольно, а формируются в условиях родительской любви, когда семья создает у ребенка потребность быть признанным, способность сопереживать и радоваться другим людям, нести ответственность за себя и других.

В современном обществе в связи с социально-экономической неустойчивостью отмечается рост числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которые имеют высокий потенциал приобретения социальных проблем.

Дети-сироты – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель. Дети, оставшиеся без попечения родителей – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, уклонением родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке [1]. Отметим, главный негативный результат для последующего развития ребенка – ущербность или задержка психического развития, отставание от сверстников, трудность в социальной адаптации в будущем взрослом мире.

Жизненное становление детей-сирот, находящихся в специализированных учреждениях, их социализация, подготовка к самостоятельной жизни и деятельности, успешная их интеграция в общество в современных условиях протекают трудно. Одна из основных причин заключается в том, что прежняя жизнь этих детей была сложной. В детстве, в переходном возрасте они не прожили в разных жизненных ситуациях. В окружающую действительность включались эпизодически и поэтому не приобрели социального опыта. В результате у них существенно снижена социальная компетентность, отсутствуют представления о средствах коммуникаций, о труде как источнике существования, об эффективных способах к самоопределению и жизнедеятельности. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, имеют ослабленное физическое и психическое здоровье. Все это способствует тому, что дети, оказавшиеся в кризисной ситуации, испытывают социальные, психологические, физические трудности, вступая во взрослую, самостоятельную жизнь.

Создание условий для позитивной социализации детей данной категории – задача разных специалистов: психологов, педагогов, врачей, специалистов по социальной работе, юристов и др. Наиболее эффективно социализация осуществляется в рамках технологии социальной адаптации. Результат социального воспитания, социальной

адаптации – это социальная защищенность детей, их готовность к будущей самостоятельной жизни.

Изучением проблемы социального воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, занимались такие педагоги как Крупская Н.К., Луначарский А.В., Макаренко А.С., Щелованов Н.М., Арямов И. А. и другие. Они указывали на огромное значение социальной адаптации детей-сирот к социуму. На практике довольно часто применяются методы по подготовке детей-сирот к самостоятельной жизни, профессиональному самоопределению. Однако в современных условиях проблема процесса их адаптации к социуму изучена не достаточно, таким образом, она является актуальной.

Социально-психологическое сопровождение по адаптации к социуму включает в себя диагностику, просвещение, коррекционные занятия, тренинги личностного роста, тренинги уверенности, направленных на социокультурное пространство, индивидуальную траекторию, проектирование и реализацию условий для успешной социализации детей, перспектив их личностного роста.

Программы социально-психологического сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, направлены на формирование чувства долга, готовности к самостоятельному планированию, контролю своего поведения, решению бытовых проблем самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, психологической готовности к взрослой жизни в современных социальных и экономических условиях.

Выделим основные функции социально-психологического сопровождения детей-сирот.

1. *Восстановительная функция.* Предполагает восстановление тех положительных качеств, которые преобладали у детей до появления у них акцентуаций характера.

2. *Компенсирующая функция.* Проявляется в формировании у детей стремления устранить тот или иной недостаток усилением деятельности в той области, которая ему больше нравится, где он быстрее добивается успехов, где стремится к самореализации.

3. *Стимулирующая функция.* Данная функция выражается в поддержании тех положительных личностных психологических образований, которые есть у детей.

4. *Корректирующая функция.* Она заключается в исправлении тех негативных психологических изменений, которые произошли у детей с возникновением акцентуаций характера.

5. *Социализирующая функция.* Она направлена на предоставление возможностей ребенку для социального развития и социального познания, формирования различных навыков и умений, повышения социально-психологической компетентности.

Одной из главных задач является формирование гуманных отношений, выражающиеся в бескорыстной моральной помощи всем, кто в этом нуждается, в уважении другого человека, в чуткости, эмоциональности, отзывчивости на чужое горе и чужую радость, на переживание другого, в бережном отношении к достоинству человеческой личности. На основании вышесказанного, необходимо применение дифференцированного подхода в социально-психологическом сопровождении детей-сирот. Обоснование дифференцированного подхода к формированию эффективной социальной адаптации, связано как с социальными, более широкими задачами, так и научными, психолого-педагогическими носящими конкретный и более узкий характер. Анализ позитивных изменений, происходящих в нашем обществе, состояние сферы воспитания личности, позволяет выделить наличие нового социального заказа общества к воспитанию всесторонне развитой личности [2].

Проблема социально-психологического сопровождения связана с требованиями, предъявляемыми к её результату. Социальный заказ общества к организации деятельности, часто имеет в виду задачу формирования творческой саморазвивающейся личности, способной, реализуя свои индивидуальные личностные запросы, решать проблемы нравственного развития подрастающего поколения. Это предполагает построение такого социокультурного пространства, в котором каждый ребенок может самореализоваться, самоопределиться, найти себя, почувствовать «ситуацию успеха» в решении социальных задач и проблемных ситуаций.

В рамках социально-психологического сопровождения с детьми можно использовать разные методы:

Метод видеокоррекции. Психолог дает задание при этом ведется видеозапись взаимодействия одного ребенка с другим ребенком, затем она просматривается и анализируется в группе.

Метод игры помогает моделировать и воспроизводить домашние ситуации, взаимодействие с детей в контролируемых и безопасных условиях.

Метод совместных действий. Дети выполняют общее задание. После выполнения задания проводится анализ деятельности.

Когнитивно-поведенческий тренинг. Для его реализации можно использовать дополнительные методы: дискуссию, психологический театр, анализ ситуаций, поступков, действий детей, упражнения на развитие навыков общения с последующим дебрифингом.

Методы образовательной кинезиологии, помогающие активно развиваться, обучаться и научиться, используя при этом возможности собственных ресурсов психики.

Таким образом, сопровождение – это комплексный метод, в основе которого лежит единство функций:

- психологическая диагностика проблемы;
- информации о направлениях возможного решения проблемы;
- первичной помощи при реализации плана решения.

Сопровождение ориентировано на те личностные достижения, которые реально есть у ребенка. В процессе сопровождения создаются условия для самостоятельного, творческого освоения детьми системы отношений с миром и с самим собой, а также для совершенствования каждым ребенком лично значимых выборов.

Список литературы

1. . Олиференко Л.Я., Шульга Т.И. Критерии и показатели отнесения детей к категории нуждающихся в государственной помощи и поддержке. – М.: Просвещение, 2002. – С. 23.
2. Токарева Ю. А., Носкова М.В., Свеженцева Е.А. Феномен современного отцовства // Психология детско-родительского взаимодействия отца с ребенком. – Екатеринбург: Урал. гос. мед. ун-т, 2014. – 294 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.